This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

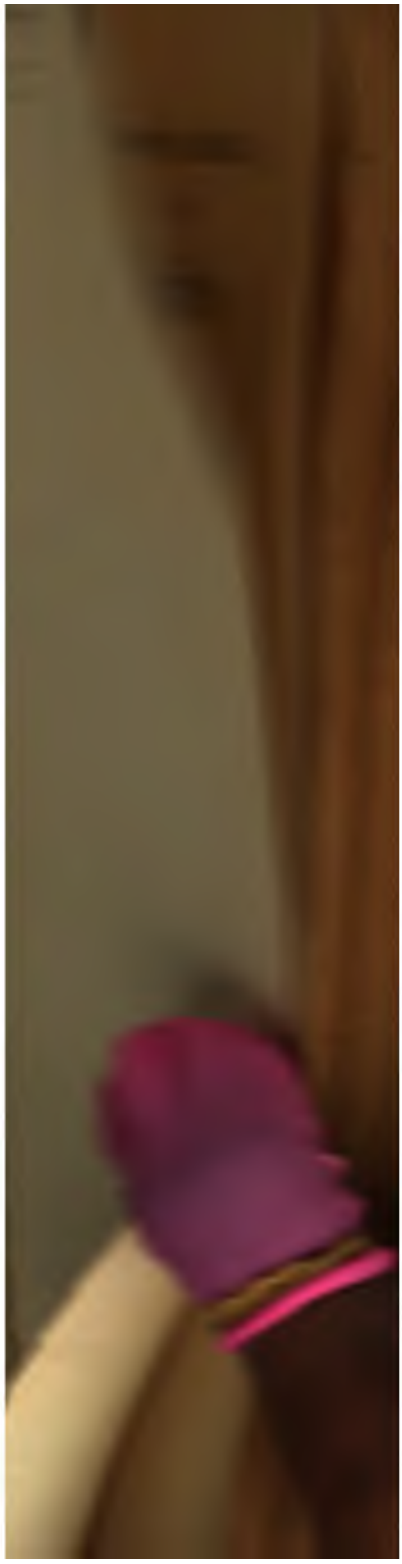
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

A 3 9015 00382 7006
University of Michigan – BUHR

LIBR
UNIVE



1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN

610.5
A44
Z5

Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

von Krafft-Ebing Graz **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.

Sechsundvierzigster Band.

Mit zwei Tafeln.

Berlin.
Druck und Verlag von Georg Reimer.
1890.

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Seite

Beitrag zur Kenntniss des Verlaufs und der Aetiologie der allgemeinen Paralyse. Von Dr. med. *B. Ascher* in Dalldorf. 1

Ueber einen in der Dürener Irrenanstalt beobachteten Fall von Cholesteatom. Von Dr. *Carl Frank*, I. Assistenzarzt an der Rhein. Prov.-Irrenanstalt Düren. 30

Majestätsbeleidigung. Sinnesverwirrung (krankhafte Bewusstlosigkeit) auf Grundlage von Neurasthenie. Gerichtsärztliches Gutachten. Von *v. Krafft-Ebing*. 39

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

XIX. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 27. und 28. October 1888 zu Karlsruhe. 45

Dr. *Jolly*-Strassburg, Ueber Behandlung der Manie mit Opium. . . 46

Dr. *Zacher*-Stephansfeld: Seltener Befund an einem Idiotengehirn. 49

Dr. *Landerer*-Göppingen: Erfahrungen über landwirthschaftliche Beschäftigung Geisteskranker und Irrencolonien insbesondere. . . 49

Dr. *Buckholz*-Klingenmünster: Ueber Muskelveränderungen bei Psychosen. 51

Dr. *Kny*-Strassburg, Therapeutische Wirkungen des Hyoscins. . . 52

Dr. *Kirn*-Freiburg, Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. 54

41. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 23. Juni 1888. 57

Leo, zwei gerichtsärztliche Gutachten über zweifelhafte Geisteszustände. 57

Schröter, über die landwirthschaftliche Colonie bei der Irrenanstalt. 57

Frank, über einen Fall von Perlgeschwulst des Gehirns mit Demonstration. 57

42. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 21. November 1888. 62

Peretti, Zur Casuistik der plötzlichen Genesungen bei Psychosen. . 62

Tigges, Ein Fall von Simulation von Geistesstörung. 72

Verein Ostdeutscher Irrenärzte. 48. Sitzung zu Breslau am 28. November 1888. 73

Lissauer, Ein Fall von Seelenblindheit. 73

166210

*

Seite

Neisser, Differentiell-diagnostische Bemerkungen über das Symptom der Verbigeration. 75

64. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14. December 1888. 76

Dr. *Wendt*, Fall von Dementia paralytica mit Uebergang in Genesung. 77

Dr. *Neuendorff*-Bernburg, Casuistische Mittheilung über „einen Fall von monocularer Diplopie" aus der Bernburger Anstalt. . . . 86

Dr. *Liebe*-Schweizerhof, Ein Fall von acut auftretender Hysterie mit Laryngospasmus in der Reconvalescenz vom Morphinismus. . . 90

Literatur.

Bernhard von Gudden's Gesammelte und hinterlassene Abhandlungen. Herausgegeben von Dr. *H. Grashey*, o. ö. Prof. der Universität und Director der oberbair. Kreisirrenanst. zu München. Mit 41 in Kupfer radirten Tafeln und einem Portrait. Wiesbaden, Bergmann. 1889. gr. 4. 224 Seiten. Von *L.* 97

Dr. *J. Salgó*, Compendium der Psychiatrie für practische Aerzte und Studirende. IIte verbesserte und sehr vermehrte Auflage von *J. Weiss*' Compendium. Wien 1889. Verlag von Bermann und Altmann. 435 S. Von *L.* 97

Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hülfsdisciplinen in allen Ländern. Von Dr. *H. Laehr*. 3. verm. u. verb. Aufl. Berlin, G. Reimer, 1889. 8°. 160 S. Von *L.* 98

Kleinere Mittheilungen.

Ueber Atavismus des Verbrechens. Von Dr. *Lutz*, II. Arzt an der Privatirrenanstalt Christophsbad in Göppingen. 99

Denkschrift über die Ministerial-Verfügung vom 19. Januar 1888, die Aufnahme von Geisteskranken in Privat-Anstalten betreffend. (An Se. Excellenz des Kgl. Staatsministers etc. etc. Herrn Dr. von Gossler in Berlin eingereicht.) 111

Ueber Verfolgungswahn. Von *Kelp*-Oldenburg. 117

Die Verbindungen der Vorstellungen nach Prof. *Wundt*. Kritik und die in der Psychologie wieder aufgefundene Seele. Von Prof. Dr. *Hoppe*-Basel. 119

Aerztliche Gutachten über Geistes- und Gemüthszustände in Hessen. — Aus Berlin. — Aus Bonn. — Aus Württemberg. — Aus der Schweiz. — Aus Westphalen. — Aus Amerika. — Aus Frankreich. — Aus England. — Nekrolog *Werner Nasse*. Von *Pelman*. — Verein zum Austausche der Anstaltsberichte. — Verein der deutschen Irrenärzte. — Anzeige. 125

Personal-Nachrichten. 138

Zweites Heft.

Bericht über die psychiatrische Literatur im 2. Halbjahre 1888.

Drittes Heft.

Originalien.

Seite

Rückblicke auf meine 33jährige Thätigkeit im Bereich des practischen Irrenwesens von Mitte 1855 bis 1888. Von Ob.-Med.-R. Dr. *Köhler*. 139

Ueber das Symptom der Verbigeration. Von Dr. *Clemens Neisser*, zweitem Arzte an der Provinzial-Irren-Heil-Anstalt zu Leubus. . . 168

Ueber die bei der alkoholischen Neuritis multiplex beobachtete Geistesstörung. Von Dr. *Th. Tiling*, Director der Irrenheilanstalt Rothenburg bei Riga. 233

Zwei im Civilverfahren abgegebene motivirte Gutachten über der Simulation verdächtig gewesene Verbrecher. Von Dr. *Alfred Richter*, Oberarzt der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf. 257

Versuche über den Einfluss des Schlafes auf den Stoffwechsel. Von Dr. *Hans Laehr*, 2. Arzte der Heilanstalt Schweizerhof. 286

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

65. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. März 1889. 318

Dr. *Sperling*, Der Hypnotismus in seiner Stellung zur heutigen Medicin mit Demonstrationen. 318

Dr. *O. Müller*-Blankenburg a. H., Ueber die künstliche Erwärmung als Heilmittel bei verschiedenen Neurosen. 322

Literatur.

August Cramer, Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung. Ein Beitrag zur Kenntniss der Paranoia. Freiburg i. B. 1889. Akadem. Verlagsbuchh. von J. C. B. Mohr (Paul Siebeck). 130 Seiten. 3,60 M. Von *Seeligmüller*. 327

Dr. *Ernst Jendrassik*, Ueber die Localisation der Tabes dorsalis. Archiv für klinische Medicin Bd. 43, Heft 6, pag. 543—597. Von Dr. *Fischer*-Illenau. 329

Kleinere Mittheilungen.

Die Gefahren des psychiatrischen Berufes. Von *Köhler*. 333

Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Von *Hasse*. . . 336

Ueber geminderte Zurechnungsfähigkeit. Von *Roller* 337

Die Irrenanstalten Russlands im J. 1886. Von *v. Pf.* 340

Arbeitsplätze an psychiatrischen Kliniken. — Aus Königslutter. — Aus Halle. — Aus Wien. — Bekanntmachung an die Privatanstalten in Berlin. — Minist.-Erlass in Preussen. — Privatanstalten in Preussen. — Aus der Schweiz. — Die Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte. — Die 6. Conferenz für das Idiotenwesen. . 343

Personal-Nachrichten 347

Viertes Heft.

Originalien.

Der Einfluss des Climacteriums auf Entstehung und Form der Geistesstörungen. Von Dr. *Matusch*, II. Arzt der Irrenheilanstalt Sachsenberg in Schwerin-Meckl. 349

Seite

Klinische Beiträge zur Melancholie. Von Prof. Dr. *E. Mendel* in Berlin. 438

Die Ueberschätzungsideen der Paranoia. Von Geh. Med. Rath Dr. *L. Snell* in Hildesheim. 447

Ueber Heboïdophrenie. Von Director Dr. *Kahlbaum* in Görlitz. . . 461

Eine psychische Störung combinirt mit multipler Neuritis (Psychosis polyneuritica seu Cerebropathia psychica toxaemica). Von Dr. *S. Korsakoff*, Privatdocent der Psychiatrie in Moskau. 475

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

49. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte am 20. März 1889 zu Breslau im Auditorium der Psychiatrischen Klinik. 486

Dr. *Lissauer*, Ueber einige Grenzfälle zwischen Paralyse und Katatonie, mit Krankenvorstellung. 486

Dr. *Neisser*, Zur Anwendung des § 51 des R.-Str.-G. 486

Dr. *Wernicke*, Plan und Organisation der Klinik. 486

50. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte, Sonnabend d. 29. Juni 1889, 11 Uhr Vorm. im Festsaal der *Kahlbaum*'schen Anstalt zu Görlitz. 487

Dr. *Marcus*, Ueber einige Besonderheiten in Erscheinungen und Verlauf der Melancholie bei Neurasthenischen. 487

Dr. *Kahlbaum*, Ueber eine besondere Form jugendlichen Irreseins. 493

Dr. *Lissauer*, Demonstration einer Methode zur Herstellung grosser Gehirnschnitte 493

Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte am 12. u. 13. Juni 1889 zu Jena. 494

Prof. *Rossbach*-Jena: Mittheilungen aus der medicinischen Klinik zu Jena. 495

Prof. *Mendel*-Berlin: Klinische Beiträge zur Melancholie. . . . 496

Prof. *C. Frommann*-Jena: Ueber einige Structurverhältnisse der Nervenfasern und Nervenzellen. 498

Dir. Dr. *Sioli*-Frankfurt a. M.: Ueber die Familienpflege der Geisteskranken. 507

Prof. *Hitzig*-Halle: Ueber Ausscheidung des subcutan injicirten Morphium durch den Magen. 517

Prof. Dr. *Grashey*-München: Ueber die Schrift Geisteskranker. . 518

Prof. Dr. *Binswanger*-Jena: Experimentelle Untersuchungen zur Pathogenese des epileptischen Anfalles. 3. Mittheilung. Reizversuche an subcorticalen Centren des Hundes; zugleich ein Beitrag zur Physiologie desselben. 519

Prof. Dr. *Kraepelin*-Dorpat: Ueber psychische Functionsstörungen. 522

Dr. *Werner*-Roda: Ueber die psychiatrische Nomenclatur „Verrücktheit" und „Wahnsinn". 524

Literatur.

Das Recht im Irrenwesen kritisch, systematisch und codificirt. Mit Benutzung einer Nachricht über den Gesetzentwurf Leon Gambetta's. Von *Eduard August Schroeder*. Zürich u. Leipzig. Orell Füssli u. Co. 1890. 152 S. 534

Kleinere Mittheilungen.

Seite

Aufnahme und Unterbringung von Geisteskranken bez. Geistesschwachen in Nicht-Irrenanstalten. 542

X. Internationaler medicinischer Congress zu Berlin 1890. Von *L.* . 545

Im Juristentage in Strassburg. 550

Dr. med. *W. Ch. Kandynski.* Nekrolog. Von Dr. med. *A. v. Rothe.* 550

Anzeige. — Personal-Nachrichten. 552

Fünftes Heft.

Originalien.

Ueber 26 Fälle von progressiver Praralyse bei Frauen. Von Dr. *L. Greppin*, II. Arzt an der Irrenanstalt in Basel. 553

Ueber die Art und Häufigkeit der Erkrankung des Rückenmarks bei der progressiven Paralyse. Von Dr. *Köberlin*, k. Oberarzt der Kreisirrenanstalt Erlangen. (Hierzu Tafel I.) 577

Reflexepilepsie mit Dementia und paralytischen Symptomen. Beseitigung der Anfälle durch Amputation des narbigen Fingers. Von Dr. med. *Paul Guder*, Königlichem Kreisphysicus des Kreises Wittgenstein zu Laasphe. 597

Günstiger Einfluss fieberhafter Krankheiten auf Psychosen; Heilung einer Manie in Folge einer Pleuritis. Von *W. Willerding*, Assistenzarzt an d. Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt zu Hildesheim. . . . 605

Ueber die practische Bedeutung der Syphilis-Paralysefrage. Von Docent Dr. *Thomsen*, dirig. Arzt der Dr. *Hertz*'schen Privat-Heil u. Pflegeanstalt in Bonn. 614

Zur Therapie der Chorea minor. Von Dr. *F. Gerlach*, II. Arzt an der Herzgl. Heil- und Pflegeanstalt Königslutter. 625

Die Folie à deux. Von Dr. *E. Kröner* in Charlottenburg. 634

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

23. Versammlung der Mitglieder des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens in Hannover am 1. Mai 1889. 663

Dr. *Bruns*, Ein Fall von traumatischer Neurose. 663

Dr. *Adolph Meyer*-Osnabrück, Ueber Faserschwund im Kleinhirn. . 664

Dr. *Snell*-Hildesheim, Ueber die Ueberschätsungsideen bei Paranoia. 665

Dr. *Bartels*-Hildesheim, Die Ackerbaucolonie Einum bei Hildesheim während ihres 25jährigen Bestehens. 665

Dr. *Wulff*-Langenhagen, Ueber das Hirngewicht bei Geistesschwachen. (Hierzu Taf. II.) 671

43. ord. Versammlung des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 22. Juni 1889 zu Bonn. 682

Dr. *Buddeberg*, Ueber die acut verlaufende depressive Form der Dementia paralytica. 682

Seite

44. ord. Versammlung des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 9. November 1889 in Bonn. 683

Prof. *Schultze*, Lähmung und Atrophie der von den Nerv. ulnar. und median. versorgten Muskeln der Hände. 684

Dr. *von Ehrenwall*, Ueber Entführung von Geisteskranken aus Irrenanstalten. 685

Dr. *Thomsen*, Ueber die practische Bedeutung der Syphilis-Paralyse-Frage. 686

67. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14. December 1889. 687

Dr. *Zenker*-Bergquell, Castration wegen Geistesstörung. 687

Dr. *A. Cramer*-Eberswalde, Faserschwund nach Insolation. . . . 692

Dr. *Otto*-Dalldorf, Ueber Pseudobulbärparalyse. 695

Dr. *Roller*-Brake, Ueber das erbliche Irresein. 701

Literatur.

Dr. *Franz Fauth*, Das Gedächtniss. Studie zu einer Pädagogik auf dem Standpunkt der heutigen Physiologie und Psychologie. Gütersloh 1888. 352 S. 704

Kleinere Mittheilungen.

Ministerielle Verordnung in Preussen betreffs der Aufnahme städtischer Kranken in einer Privatanstalt. — Reichsgerichts-Entscheidung. — Strafe wegen Fahrlässigkeit. — In Ergänzung des Ministerialerlasses vom 19. Jan. 1888. — Ausstellung von Leichenpässen. — Jubiläum in Hildesheim. Nekrolog *Leidesdorf*. Von Prof. *Wagner*. . . . 710

Personal-Nachrichten 718

Verzeichniss der Mitarbeiter. 719

Sechstes Heft.

Bericht über die psychiatrische Literatur im 1. Halbjahre 1889.

Beitrag zur Kenntniss des Verlaufs und der Aetiologie der allgemeinen Paralyse.

Von

Dr. med. B. Ascher
in Dalldorf.

Von besonderer Bedeutung für die Kenntniss der Aetiologie und des Verlaufs der allgemeinen Paralyse ist die Statistik. Trotz der vielen werthvollen Aufschlüsse, welche sie uns über das Wesen jener Krankheit verschafft hat, erfährt sie jedoch in ihrer Anwendbarkeit eine gewisse Einschränkung, da wir nicht allzuselten differirenden Ansichten, sogar Widersprüchen begegnen, zu denen Arbeiten auf diesem Gebiete geführt haben. Es ist dies eine Schuld, welche wohl zumeist in der grossen Verschiedenheit des Materials begründet ist, denn es ist nicht zu verkennen, dass es bei den vielerlei Einflüssen, welche in der Entwickelung von Geisteskrankheiten eine Rolle spielen, durchaus nicht gleichgültig sein kann, welchen Ständen und welchen Lebensverhältnissen das Gros der in Betracht kommenden Kranken angehört. Deshalb schicke ich zunächst über die von mir zur folgenden Abhandlung verwandten Krankheitsfälle einige allgemeine Bemerkungen voraus.

Es stand mir das Material der Dalldorfer Irrenanstalt zu Gebote. Indem ich darauf verzichte, den Antheil einer jeden Berufsklasse an der Gesammtzahl der in Betracht kommenden Fälle genau anzugeben, erwähne ich, dass daran sämmtliche Stände, die niederen sowohl als auch die gebildeteren, betheiligt sind, soweit es den Angehörigen an materiellen Hilfsmitteln ermangelte, um die Kranken in einer Privatanstalt unterbringen zu können. Demnach sind die eigentlich wohlhabenden Kreise ausgeschlossen.

Dem Wohnorte nach stammten sämmtliche Kranke aus Berlin — die Aufnahme resp. das Verbleiben in der Anstalt ist bekanntlich nur möglich, wenn die betreffenden Kranken in Berlin ortsangehörig sind —. Es steht nun statistisch fest, dass kaum die Hälfte der Berliner Einwohnerschaft in Berlin geboren ist. Demnach wird auch mindestens die Hälfte unserer Kranken von auswärts zugezogen sein. Da sie indess schon einige Jahre vor ihrem Eintritt in die Anstalt in Berlin gewohnt haben müssen, glaubte ich auch diese der grossstädtischen Bevölkerung zurechnen zu dürfen.

Die Schlussfolgerungen, zu welchen wir also auf Grund der folgenden Studie gelangen, sind demnach in bestimmter Richtung beschränkt, indem sie nur auf die weniger bemittelten Klassen der grossstädtischen Bevölkerung bezogen werden können.

Zur Betrachtung ziehe ich sämmtliche Fälle von progressiver Paralyse bei Männern heran, welche seit dem Bestehen der Anstalt, d. h. innerhalb ca. 8 Jahren, zur Beobachtung gekommen sind und durch den Tod ihren Abschluss gefunden haben. Die Zahl derselben ist gross genug, um unter Festhaltung der oben erwähnten Beschränkung für die von uns aufzustellenden Fragen statistisch verwerthet werden zu können. Benutzt sind die Krankengeschichten von 643 Fällen allgemeiner Paralyse beim männlichen Geschlecht.

Zunächst fragt es sich, wie sich unsere Paralytiker dem Alter nach vertheilen. Auf die Schwierigkeiten, den Beginn der Krankheit genau festzustellen, werde ich weiter unten noch zu sprechen kommen. Ich ging denselben hier zunächst aus dem Wege, indem ich sämmtliche Fälle nach dem Alter zur Zeit des Todes gruppirte.

Tabelle No. 1.

Es verstarben:

im	Alter	von	20—25	Jahren	2	Paralytiker,	d. h.	0,3 pCt.,
-	-	-	25—30	-	13	-	-	2,0 pCt.,
-	-	-	30—35	-	74	-	-	11,5 pCt.,
-	-	-	35—40	-	146	-	-	22,7 pCt.,
-	-	-	40—45	-	161	-	-	25,0 pCt.,
-	-	-	45—50	-	138	-	-	21,5 pCt.,
-	-	-	50—55	-	74	-	-	11,5 pCt.,
-	-	-	55—60	-	31	-	-	4,8 pCt.,
(-	-	-	60—70	-	4	-	-	0,7 pCt.).

Das Alter von 40—45 Jahren weist demnach die meisten Todesfälle von allgemeiner Paralyse auf; bis zu jener Zeit nimmt die Zahl der Todesfälle von Quinquennium zu Quinquennium regelmässig zu, um nach diesem Lebensalter ebenso regelmässig wieder abzunehmen.

Rechnen wir als die Jahre des kräftigsten Mannesalters die Zeit vom 35.—50. Lebensjahre, so gehörten allein $^7/_8$ unserer Fälle dieser Lebensperiode an.

Was die höheren Altersklassen betrifft, so ist es bekanntlich bei den Individuen in den fünfziger Jahren häufig nicht leicht zu entscheiden, ob es sich um paralytische oder senile Demenz handelt. Insbesondere muss ich es dahingestellt sein lassen, ob die 4 Paralysen, welche zwischen dem 60. und 70. Lebensjahre verlaufen sind, nicht besser als Fälle von Altersblödsinn aufgefasst worden wären. Diesen wohl gerechtfertigten Zweifeln werde ich dadurch Ausdruck geben, dass ich, wie schon in obiger Tabelle geschehen, auch in den folgenden die diese Altersklasse umfassende Rubrik mit Klammern umgebe.

Richten wir nun unsere Aufmerksamkeit auf die Dauer des Krankheitsverlaufes. Dieselbe genau anzugeben, war bei der Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit, den Anfang der Krankheit zu bestimmen, kaum ausführbar. Abgesehen von den vielen Fällen, in welchen ich über die der Anstaltsbehandlung vorangegangene Zeit überhaupt keine Bemerkung in den Krankengeschichten fand, waren in den übrigen Fällen die Angaben über die Krankheitsentwickelung meistens ziemlich allgemein gehalten und namentlich in Betreff der Zeit selten so genaue Daten gemacht, wie es wünschenswerth gewesen wäre. Ist es schon dem Fachmann nur selten möglich, bei dem Auftreten der ersten Symptome, welche ja anfänglich in nur wenig ausgesprochenen Veränderungen psychischer Thätigkeit oder leichten Störungen der sensiblen und motorischen Sphäre zu bestehen pflegen, eine im Anzug begriffene allgemeine Paralyse zu diagnosticiren, wieviel weniger darf man den Angehörigen zumuthen, über die ersten Stadien der Krankheitsentwickelung genaue Auskunft geben zu können. Dazu kommt noch, dass die ersten sich zeigenden Symptome häufig wieder zurückgehen, um nach kürzerer oder längerer Zeit von Neuem in Erscheinung zu treten. Um nun überhaupt einen gleichen Maassstab für sämmtliche Fälle

anlegen zu können, verzichtete ich auf Feststellung der ersten Zeichen der Erkrankung und entschloss mich, von der Zeit an den Beginn der Krankheit zu rechnen, wo schon die Angehörigen einsahen, dass es mit dem Patienten nicht mehr ganz in Ordnung war. Hierüber fanden sich in vielen Krankengeschichten Bemerkungen. Natürlich war der eigentliche Beginn des Leidens nicht getroffen, vielmehr ist anzunehmen, dass schon einige Zeit, in manchen Fällen schon jahrelang vorher, Symptome leichterer Art vorhanden gewesen sind. In nur 7 Fällen fand sich positiv angegeben, dass die Krankheit unmittelbar vor der Aufnahme in eine Anstalt so heftig aufgetreten sei, dass eine alsbaldige Unterbringung in eine solche erforderlich gewesen.

Um mir indess die vielen Fälle, in welchen ich die Krankheitsdauer selbst mit der angegebenen Einschränkung festzustellen nicht in der Lage war, nicht vollkommen entgehen zu lassen, bestimmte ich ausserdem noch für sämmtliche Fälle die Dauer der Anstaltsbehandlung. Ich notirte die Zeit vom Tage der Aufnahme in eine Irrenanstalt — die Aufnahme der Kranken in die Dalldorfer Anstalt erfolgt zum grössten Theile von der Charité aus nach einem recht kurzen Aufenthalt daselbst — bis zum Tage des Ablebens, gleichgiltig, ob dazwischen etwa Beurlaubungen der Patienten lagen, oder nicht. Auch die so gewonnene Zeit mag zu vergleichenden Aufstellungen eine gewisse Berechtigung bieten, da bei einer so grossen Zahl von Fällen wohl anzunehmen ist, dass im grossen Ganzen annähernd die gleiche Phase der Entwickelung des Leidens der Nothwendigkeit der Aufnahme in eine Anstalt zu Grunde lag.

Diese Zeitbestimmungen benutzte ich zunächst zur Berechnung der durchschnittlichen Dauer der Krankheit sowie der Anstaltsbehandlung. Die Ergebnisse sind in den folgenden Tabellen zusammengestellt. Zur Erklärung derselben diene noch die Bemerkung, dass bei der Zusammenstellung der verschiedenen Altersgruppen wieder das Alter zur Zeit des Todes maassgebend war, und dass ich die Zeitdauer in Monaten resp. in Bruchtheilen von Monaten berechnete. (Vgl. Tabelle No. 2 und 3.)

Vergleichen wir beide Tabellen mit einander, so bemerken wir, dass durchschnittlich fast 1 Jahr vergangen ist, bevor sich die Unterbringung unserer Paralytiker in eine Anstalt vernothwendigte. Dieser Unterschied ist allerdings bei einigen Altersklassen ein etwas

Tabelle No. 2.

Alter zur Zeit des Todes.	Durchschn. Dauer der Krankheit vom Auftreten der ersten deutl. Symptome an gerechnet.	Anzahl der zu dieser Berechnung benutzten Fälle.
20—30	23 Monate	10
30—35	25¼ -	42
35—40	23 -	66
40—45	27¼ -	80
45—50	25 -	55
50—55	30 -	32
55—60	32½ -	17
(60—70	11⅔ -	3)
Summa	26 Monate	305

Tabelle No. 3.

Alter zur Zeit des Todes.	Durchschn. Dauer der Anstaltsbehandlung.	Anzahl der zu dieser Berechnung benutzten Fälle.
20—30	8⅔ Monate	15
30—35	14½ -	74
35—40	12½ -	146
40—45	15 -	161
45—50	16 -	138
50—55	16¼ -	74
55—60	13 -	31
(60—70	7¼ -	4)
Summa	14½ Monate	643

grösserer, doch entfernt er sich von dem Zeitraum eines Jahres zu wenig, um darauf besonderes Gewicht zu legen.

Wenden wir uns nun speciell der Tabelle 2 zu. Indem wir von der letzten Altersgruppe aus oben angeführten Gründen absehen, finden wir die Krankheitsdauer zwischen 23 und 32½ Monat schwankend. Wir sehen zwar, dass dieselbe für die jüngeren Altersklassen im Allgemeinen eine kürzere ist, als für die höheren, doch macht sich dieser Unterschied nicht in einer regelmässigen Zunahme von Altersgruppe zu Altersgruppe bemerkbar. Eine bessere Uebersicht gewinnen wir indess, indem wir die Fälle nach grösseren Lebensabschnitten gruppiren. Unterscheiden wir nämlich ein früheres Mannesalter, dahin gehörend die Jahre von 20—35, ein mittleres Mannesalter, die Jahre von 35—50 umfassend, und

endlich ein späteres Mannesalter, die letzten Alterklassen umschliessend, so kommen wir zur folgenden neuen Tabelle. Der Kürze wegen ist in dieser auch die durchschnittliche Dauer der Anstaltsbehandlung für die nach diesen Lebensabschnitten vertheilten Paralytiker angegeben.

Tabelle No. 4.

Alter zur Zeit des Todes.	Durchschn. Dauer der Krankheit v. Auftreten d. ersten deutl. Symptome an gerechnet.	Anzahl d. zu dieser Berechnung benutzten Fälle.	Durchschn. Dauer d. Anstaltsbehandlung.	Anzahl. d. zu dieser Berechnung benutzten Fälle.
20—35	25 Monate	52	13½ Monate	89
35—50	25¼ -	201	14½ -	445
50—70	29¾ -	52	15 -	109

Ist nach dieser Tabelle, was die durchschnittliche Krankheitsdauer betrifft, auch nur ein verhältnissmässig geringer Unterschied zwischen der ersten und zweiten Gruppe, so ist doch für die in späterem Mannesalter gestorbenen Paralytiker dieselbe eine um 4½ Monate längere.

Naturgemäss ist nicht ohne Weiteres anzunehmen, dass jedesmal einer kürzeren Gesammtdauer des Leidens ein kürzerer Anstaltsaufenthalt entspricht, da die Schwere der Symptome manche im Ganzen rascher verlaufende Fälle zu früherem Anstaltseintritt und gegenüber den erst bei völligem körperlichen Zerfall in die Anstalt Aufgenommenen zu längerer Anstaltsdauer bringt. Demnach konnte auch kaum erwartet werden, dass bei den gefundenen Durchschnittszahlen eine vollkommene Parallele zwischen Tabelle 2 und 3 bestehen würde. Wir bemerken jedoch, dass bei den meisten Altersgruppen einer längeren durchschnittlichen Krankheitsdauer auch ein längerer Anstaltsaufenthalt entspricht. Auffällig ist aber die gleichmässige Zunahme der Durchschnittszeiten, wie sie in Tabelle 4 für grössere Lebensabschnitte berechnet sind.

Vorausgesetzt nun, dass zur Zeit der Aufnahme in eine Anstalt die Entwickelung des Leidens bei allen Paralytikern durchschnittlich gleich weit gediehen war, so dürfte aus diesen Zahlen geschlossen werden, dass die Krankheit auch in der Anstalt in den jüngeren Jahren schneller, und in den höheren Lebensjahren langsamer als zur Zeit des kräftigsten Mannesalters zu verlaufen pflegt.

Um diese Frage noch weiter zu behandeln, habe ich in Folgendem sämmtliche Fälle nach der Anzahl von Jahren, während welcher sie in Anstaltsbehandlung gewesen sind, gruppirt. Dies geschah, um die Einwendung zurückzuweisen, dass das obige Resultat nicht ganz vom Zufall unabhängig wäre.

Tabelle No. 5.

Alter zur Zeit des Todes.	Bis zu 1 Jahr in Anstaltsbehandlung.		Von 1—2 Jahre in Anstaltsbehandlung.		Länger als 2 Jahre in Anstaltsbehandlung.	
	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.
20—30	11	73,3	3	20,0	1	6,7
30—35	44	59,5	19	25,7	11	14,8
35—40	101	69,2	27	18,5	18	12,3
40—45	97	60,2	40	24,8	24	15,0
45—50	77	55,8	29	21,0	32	23,2
50—55	40	54,5	20	27,2	14	18,3
55—60	21	67,7	3	9,7	7	22,6
(60—70	2	50,0	1	25,0	1	25,0)
Summa	393	61,1	142	22,1	108	16,8

Aus der Tabelle ist zunächst ersichtlich, dass von den männlichen Paralytikern in der Irrenanstalt Dalldorf nur 16,8 pCt. die Chance hatten, nach ihrer Aufnahme länger als 2 Jahre zu leben. Beiläufig sei hier bemerkt, dass der längste Anstaltsaufenthalt in 1 Fall $6^1/_4$ Jahre betrug.

In Bezug auf die Altersklassen sehen wir ferner, dass die Zahl derjenigen Fälle, welche während des ersten Jahres der Anstaltsbehandlung tödtlich verlaufen sind, im Allgemeinen in den höheren Altersgruppen procentualisch geringer wird, mit Ausnahme der Gruppen, welche die zwischen dem 35. bis 40. und 55. bis 60. Lebensjahre verlaufenen Fälle umfasst. Dahingegen haben die älteren Paralytiker eine viel grössere Wahrscheinlichkeit, noch in's dritte Anstaltsjahr zu gelangen.

Rechnen wir auch die letzte Tabelle um, indem wir wie oben grössere Lebensabschnitte zur Gruppirung wählen, so erhalten wir zwar nur einen geringen, aber mit dem Alter stetig zunehmenden Procentsatz von Fällen, welche noch im 3. Jahre in Anstaltsbehandlung waren.

Tabelle No. 6.

Alter zur Zeit des Todes.	Bis zu 1 Jahr in Anstaltsbehandlung.		Von 1—2 Jahre in Anstaltsbehandlung.		Länger als 2 Jahre in Anstaltsbehandlung.	
	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.
20—35	55	61,9	22	24,6	12	13,5
35—50	275	61,8	96	21,5	74	16,6
50—70	63	57,8	24	22,0	22	20,2

Ueberblicken wir noch einmal Alles über die Dauer der Paralyse Ausgeführte, so dürfen wir wohl behaupten, dass in unseren Fällen ein Einfluss des Alters auf den Verlauf der Krankheit existirt, und zwar so, dass dieser kürzer ist in der jüngeren Lebensperiode, länger dagegen im höheren Lebensalter.

Im Vorhergehenden wurde indess nicht erörtert, ob dieser sich ergebenden Verschiedenheit in der Dauer der Erkrankung sowie des Anstaltsaufenthalts etwa eine Verschiedenheit in der Form der Krankheit in unseren Fällen entspricht. Es wäre ja vielleicht möglich, dass diejenigen Varietäten der Paralyse, welche nach einigen Autoren relativ schneller verlaufen sollen, verhältnissmässig häufiger in den jüngeren Jahren vorkamen, als in den höheren Altersperioden und sich daraus die gefundenen Differenzen erklären liessen.

Es wird sich deshalb für uns zunächst darum handeln, zu untersuchen, in welchen Verhältnissen die verschiedenen Varietäten der Paralyse in den einzelnen Altersgruppen vorkamen, und dann für diese die Dauer der deutlich ausgesprochenen Krankheit bz. des Anstaltsaufenthalts zu bestimmen.

Zu dem Zwecke versuchte ich, sämmtliche Fälle ihrer Verlaufsweise nach in Gruppen zu vertheilen, wobei das besonders hervortretende Symptom der psychischen Störung den Ausschlag gab. So wurden diejenigen Fälle, in denen erregtes Wesen, Lebhaftigkeit, Grössenideen besonders hervortraten und diejenigen, bei denen sich vorwiegend ein hypochondrisch-melancholisches Wesen geltend machte, zu je einer Gruppe vereinigt. Eine dritte Gruppe bildeten die Fälle, bei denen häufiger Depressions- und Exaltationsstadien mit einander wechselten. Diejenigen Fälle, bei welchen solche Zustände nicht so lebhaft hervortraten, sind in der vierten Gruppe zusammengefasst. Endlich glaubte ich noch diejenigen Fälle, in welchen apoplectiforme Insulte besonders häufig

(mehr als 3 Anfälle) vorkamen, zu einer eigenen Gruppe vereinigen zu müssen, obwohl dieselben naturgemäss den vorangehenden 4 hätten eingereiht werden können.

Ich brauche wohl kaum zu bemerken, dass eine solche Gruppirung einen Anspruch auf grosse Genauigkeit nicht machen kann. Einerseits ist schon im Allgemeinen die Schwierigkeit nicht zu verkennen, welcher man begegnet, sich aus der Krankengeschichte ein richtiges Bild vom Verlauf der Paralyse zu machen, anderseits ist jener Schematismus ein gezwungener, da die Paralyse in ihrem protrahirten Verlauf ihr zeitweiliges Bild häufig zu ändern pflegt, und schliesslich fast in jedem Falle zeitweise Zustände, sei es lebhafter Erregung, sei es melancholischer Natur, vorkommen. Es möge indess in der vorliegenden Arbeit der Versuch dieser Eintheilung gestattet sein, um nicht auf eine Eintheilung überhaupt verzichten zu müssen.

Indem ich also sämmtliche Fälle jenen Gruppen unterreihte, erhielt ich folgende tabellarische Zusammenstellung. Die Bedeutung der für die Ueberschriften gewählten kurzen Ausdrücke wird aus dem oben Gesagten klar.

Tabelle No. 7.

Alter zur Zeit des Todes.	Vorwiegend erregt.		Vorwieg. depress.		Erregungs- u. Depressionszustände wechselnd.		Gleichmässig dement.		Mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen.	
	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.
20—30	2	13,3	1	6,7	3	20,0	5	33,3	4	26,7
30—35	17	22,9	8	10,8	7	9,5	18	24,3	24	32,4
35—40	22	15,0	21	14,4	21	14,4	61	41,8	21	14,4
40—45	29	18,0	19	11,8	21	13,0	54	33.5	38	23,6
45—50	22	15,9	9	6,5	22	15,9	59	42,7	26	18,8
50—55	11	14,9	5	6,7	7	9,5	38	51,4	13	17,6
55—60	7	22,6	2	6,4	5	16,1	15	48,3	2	6,4
(60—70	1	25,0	1	25,0	1	25,0	1	25,0	0	—
Summa	111	17,3	66	10,2	87	13,4	251	39,1	128	19,9

Eine vollkommen gleiche Vertheilung der aufgestellten Formen der Paralysen in den verschiedenen Altersperioden findet zwar, wie zu erwarten war, nicht statt; indess sind die Differenzen, welche

im Verhältniss zu der Gesammtvertheilung der 5 Gruppen — über diese giebt die letzte Reihe der Tabelle Auskunft — in den einzelnen Altersstufen bestehen, nicht allzugross. Zu beachten ist nur die Abnahme der mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen verlaufenen Fälle vom 45. Jahre an aufwärts, während die Zahl der gleichmässig dement verlaufenen Fälle von da ab zunimmt. Indess kann ich mich nicht entschliessen, daraus zu folgern, dass das Auftreten von paralytischen Insulten überhaupt im höheren Lebensalter seltener ist, weil nach dem oben Ausgeführten eine genügend sichere Grundlage für die Eintheilung der Fälle von mir nicht gegeben werden konnte.

Auch die Bestimmung der durchschnittlichen Dauer der Krankheit vom Auftreten der deutlich ausgesprochenen Symptome an sowie derjenigen der Anstaltsbehandlung für die ausgestellten Formen kann begreiflicher Weise auf volle Genauigkeit keinen Anspruch machen. Es wurde in gleicher Weise wie oben die Krankheitsdauer und der Anstaltsaufenthalt im einzelnen Fall bestimmt und aus den erhaltenen Zahlen der Durchschnitt für die verschiedenen Altersgruppen ausgezogen. (Hier folgt Tabelle No. 8 u. 9.)

Es fällt in die Augen, dass für die mit stärkeren Exaltationszuständen verbundenen Paralysen sich nicht nur die durchschnittliche deutliche Krankheitsdauer im Allgemeinen, sondern auch die Anstaltsbehandlung bis zum Tode als eine kürzere ergeben hat, als für die Fälle, bei denen keine so lebhaften psychischen Störungen aufgetreten waren. Es ist dies eine Thatsache, welche mit der allgemeinen Erfahrung übereinstimmt. Eine absolute Giltigkeit für jede einzelne Altersklasse ist, wie ein Blick auf die Zahlen der einzelnen Reihen lehrt, hieraus nicht zu folgern.

Weiter ist auf die mit apoplectiformen Anfällen verlaufenen Paralysen hinzuweisen. Sowohl was Krankheitsdauer als auch Anstaltsbehandlung betrifft, übertreffen sie die oben gefundenen Durchschnittszahlen um mehrere Monate.

Für die übrigen Gruppen sind die Unterschiede weniger bedeutend.

Kommen wir nun zu unserer obigen Frage zurück, ob nämlich die Differenzen, welche sich für die Dauer der Paralyse im jüngeren und im höheren Alter ergeben haben, etwa begründet sind durch die Verschiedenheit in der Häufigkeit des Vorkommens

Tabelle No. 8.

Alter zur Zeit des Todes.	Durchschn. Dauer der vorwieg. mit Erregungszuständ. verl. Fälle.		Durchschn. Dauer der vorwieg. depressiv verl. Fälle.		Durchschn. Dauer der wechselnd verl. Fälle.		Durchschn. Dauer der gleichm. dement verl. Fälle.		Durchschn. Dauer der mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen verl. Fälle.	
	Monate	Anzahl	Monate	Anzahl	Monate	Anzahl	Monate	Anzahl	Monate	Anzahl
20—30	19 1/4	2	—	—	25 2/3	3	10	1	22	4
30—35	19 1/2	8	19 1/4	5	24	5	27 1/4	11	30	13
35—40	23 1/4	13	26	7	28 1/4	10	21 3/4	26	19	10
40—45	17 1/2	10	32	6	30 1/2	8	24	36	35 1/4	10
45—50	17 1/2	12	18	3	25	6	28 1/4	24	29	10
50—55	26 1/4	5	9	1	16	3	30 1/4	7	43	6
55—60	16	4	18	1	40 1/2	4	29 1/3	6	67	2
(60—70	7 1/2	1	—	—	11	1	17	1	—	—)
Summa	19 1/3	55	23 3/4	23	27 1/2	40	25 1/4	122	31 2/3	65

Tabelle No. 9. Durchschnittliche Dauer der Anstaltsbehandlung.

20—30	2 1/4	2	21	1	15 2/3	3	6	5	7 1/4	4
30—35	7 1/2	17	11	8	22	7	16	18	17 1/4	24
35—40	11 3/4	22	16	21	14 3/4	21	10 3/4	61	13	21
40—45	8	29	14 1/2	19	22 1/4	21	12	54	20 1/2	38
45—50	13 1/2	22	12 1/4	9	18 1/4	22	15 2/3	59	17 3/4	26
50—55	15 1/2	11	11 1/2	5	15 1/2	7	16 1/2	38	19	13
55—60	13	7	30	2	11	5	8 3/4	15	38	2
(60—70	1 1/2	1	21	1	2	1	5	1	—	—)
Summa	10 1/2	111	14 2/3	66	17 3/4	87	13 1/6	251	17 3/4	128

der von mir aufgestellten Varietäten der Paralyse. Wir glauben dies verneinen zu dürfen. Zwar ist die Anzahl der mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen verlaufenen Paralysen in höheren Lebensjahren geringer gegenüber den jüngeren. Nun fanden wir aber, dass die durchschnittliche Dauer derselben verhältnissmässig eine längere war. Wäre dies daher ausschlaggebend gewesen, so hätten wir umgekehrt die Dauer der Paralyse im höheren Alter kürzer finden müssen, entsprechend der Abnahme der Zahl der mit paralytischen Insulten einhergehenden Fälle. Da wir nun das Umgekehrte fanden und auch, was die anderen betrifft, Unterschiede nur in weniger beträchtlicher Weise hervortraten, so können wir wohl behaupten, dass der Schluss, dass nämlich in unseren Fällen eine Abhängigkeit der Krankheitsdauer vom Alter nachweisbar war, keinen Widerspruch gefunden hat.

Wenden wir uns nun der Besprechung der ätiologischen Momente der Paralyse zu. Als solche pflegen sehr verschiedene Dinge in Betracht gezogen zu werden; ich nenne erbliche Anlage, somatische Krankheiten, wie besonders die Lues, chronische Vergiftungen durch Alkohol, Tabak, Blei, excedirender Lebenswandel, endlich psychische Eindrücke, Sorge und Kummer und namentlich alle jene vielen Widerwärtigkeiten, welchen der Mensch und ganz besonders der Mann im Kampfe um die eigene Existenz sowie die der Familie ausgesetzt ist. Wir werden uns hier nur mit einigen dieser erwähnten Factoren näher beschäftigen und zunächst diejenigen besonders in's Auge fassen, deren Vorkommen wir relativ häufig zu constatiren Gelegenheit hatten.

Was die erbliche Anlage betrifft, so soll sie bei Paralytikern, wie es Statistiken von ***Jung, Mendel, Eickholdt*** u. a. zeigen, weniger häufig nachweisbar sein, als bei den mit functionellen Psychosen Behafteten. Einige Autoren glauben sogar einen Einfluss hereditärer Belastung auf die Entwickelung der Paralyse vollkommen verneinen zu müssen, eine Behauptung, welche jedoch im Hinblick auf die Häufigkeit des Vorkommens erblicher Anlage bei Paralytikern, wie es auch in unseren Fällen beobachtet werden konnte, für mindestens anfechtbar gehalten werden dürfte.

Bei dem mir vorliegenden Material fand ich unter 356 Fällen, bei welchen über eventl. Belastung Auskunft zu erhalten war, eine solche 110 mal constatirt, d. h. 31 pCt. der hier in Betracht

kommenden Paralytiker standen unter dem Einfluss erblicher Anlage. Eine solche wurde von mir schon als vorhanden angenommen, sobald Blutsverwandte an psychischen Abnormitäten oder Nervenkrankheiten litten bz. gelitten hatten. Diesen Momenten gegenüber treten andere Vorkommnisse, wie Trunksucht, Selbstmord, Verbrechen, besondere Talente und Charakterzüge an Bedeutung für die Annahme einer hereditären Belastung zurück. Indess wurden auch diese von mir berücksichtigt, sodass sich das erhaltene Facit von 31 pCt. hereditär Veranlagter auf das Hinzufügen auch solcher Dinge als belastende Factoren bezieht.

Gehen wir hier zunächst auf die Frage ein, ob nach unserem Material die Belastung auf den Ausbruch der Erkrankung einen Einfluss gehabt hat, d. h. ob etwa die erbliche Anlage eine solche schädigende Einwirkung auf den Organismus ausgeübt hat, dass progressive Paralyse bei Belasteten sich in verhältnissmässig früherem Lebensalter entwickelte, als bei denjenigen, bei welchen die Heredität in Abrede gestellt war.

Bisher wurde der Modus inne gehalten, die Fälle den Altersstufen nach zu gruppiren, indem das Alter zur Zeit des Todes in Rechnung gezogen wurde. Ich werde auch ferner, um die Uebersichtlichkeit nicht zu erschweren, bei dieser Anordnung bleiben, obwohl sich ein Fehler einschleicht, sobald von der Entwickelung der Krankheit, wie es jetzt der Fall ist, die Rede sein soll. Wie aber die Tabellen 2 und 3 zeigten, war die anzunehmende Durchschnittsdauer der Krankheit und der Anstaltsbehandlung eine in nicht allzugrossen Grenzen wechselnde, so dass kaum wesentliche Verschiebungen in den Gruppenverhältnissen stattfinden würden, wäre die Gruppirung nach dem Beginn der Krankheit möglich gewesen. Deshalb blieb ich bei der einmal festgesetzten Eintheilung.

Versuchen wir nun der Beantwortung unserer Frage näher zu treten, so muss vor Allem die Vertheilung der hier in Betracht kommenden Fälle auf die einzelnen Altersstufen zahlenmässig dargelegt werden, wie es in folgender Tabelle geschieht. (Hier folgt Tabelle No. 10.)

Es tritt nach dieser Aufstellung eine stete Abnahme der erblich Belasteten in den höheren Altersperioden ein. Die letzte bleibt aus bekannten Gründen unberücksichtigt.

Wie lässt sich nun die in unseren Fällen nachweisbare Ab-

Tabelle No. 10.

Alter zur Zeit des Todes.	Belastet.	Nicht-belastet.	Summa.	pCt. der Belasteten.
20—30	5	4	9	55,5
30—35	16	31	47	42,5
35—40	25	48	73	43,3
40—45	32	62	94	34,0
45—50	20	60	80	25,0
50—55	8	27	35	22,9
55—60	3	13	16	17,5
(60—70	1	1	2	50,0)
Summa	110	246	356	31

nahme von Erkrankungen hereditär Belasteter in den höheren Alterklassen erklären?

Bei der grossen Anzahl von Fällen, welche in Betracht gezogen werden konnten, ist wohl anzunehmen, dass durchschnittlich Belastete wie Nichtbelastete denselben Lebensbedingungen unterworfen waren und dass für beide Theile durchschnittlich die gleichen Schädlichkeiten existirten, welche die Paralyse zu fördern vermögen. Die erbliche Anlage nun ist sicherlich ein Moment, unter dessen Einfluss die Möglichkeit der Erkrankung an Paralyse leichter gegeben ist, als wenn dieser Factor nicht vorhanden ist. Dann aber liegt die Folgerung nahe, dass die Abnahme des Antheils erblich Belasteter in den höheren Lebensjahren dadurch bedingt sei, dass dieselben verhältnissmässig in jüngeren Jahren erkranken und somit einem früheren Ausbruche des Leidens ausgesetzt sind, als solche, welche erblich nicht belastet sind.

In Betreff der Frage, ob der väterliche oder mütterliche Einfluss bei der Uebertragung der erblichen Anlage prävalirt, finde ich, dass unter jenen 110 Fällen, bei welchen hereditäre Belastung constatirt war, 45 vorhanden sind, bei welchen sich dieselbe vom Vater herschrieb, dagegen nur 16, bei denen die Mutter der schuldige Theil war. Der Vater war in 14 Fällen geisteskrank, in 10 Fällen Potator, in 5 Fällen nervenkrank. In 4 Fällen lag Suicid des Erzeugers vor, und in 5 Fällen war er einem Schlaganfall erlegen. Bei der Unsicherheit über die einem solchen Insulte zugrunde liegende Erkrankung lässt sich die hereditäre Anlage nicht ohne Weiteres zu einem Schlaganfall in Beziehung bringen. Meistens

waren indess in unseren Fällen noch anderweitige Momente vorhanden, welche berechtigten, eine erbliche Belastung des betreffenden Individuums anzunehmen. In den übrigen 7 Fällen war die Annahme, dass Erblichkeit der Disposition zur Erkrankung vorlag, durch minder bedeutsame Umstände begründet.

Die 16 Fälle, in welchen die Anlage von mütterlicher Seite ausgegangen war, vertheilen sich so, dass 7 mal Geisteskrankheit und 3 mal Nervenkrankheit der Mutter vorlag. In 6 Fällen waren es geringere Abnormitäten, welche die Mutter bot, aus denen sich eine ererbte Neigung zur psychischen Erkrankung herleiten liess.

In den übrigen Fällen, in welchen keine Angaben über die directe Ascendenz vorhanden waren, resp. bemerkt war, dass die Eltern des Patienten von Belastungsmomenten frei seien, begründet sich die Annahme der erblichen Anlage auf Bemerkungen, nach denen die weiteren Blutsverwandten irgend eine der erwähnten Abnormitäten boten bz. geboten hatten.

Da nun im Allgemeinen ohne Zweifel die Möglichkeit der Uebertragung einer erblichen Anlage könnte aus diesen Zahlen geschlossen werden, dass in der Disposition zur Erkrankung an allgemeiner Paralyse der väterliche Einfluss über den mütterlichen überwiegt.

In nur 3 Fällen fanden sich Belastungsmomente bei beiden Eltern. Ob vielleicht der schnelle Ausgang dieser 3 Fälle, welche innerhalb 6 Wochen verliefen, mit der starken hereditären Veranlagung in Zusammenhang zu bringen wäre, mag dahingestellt sein.

Eine weitere Frage, welche sich an die Feststellung der erblichen Belastung in einer grossen Anzahl von Fällen anknüpfen lässt, ist die, ob abgesehen von der Zeit des Ausbruchs der Erkrankung ein Einfluss der Heredität auf die Verlaufsweise und die Dauer der Paralyse bemerkbar ist. Zu dem Zwecke habe ich sämmtliche 110 Fälle, bei denen erbliche Anlage als ätiologisches Moment angenommen war, in die oben festgesetzten 5 Gruppen vertheilt. Es sei bei dieser Gelegenheit nochmals bemerkt, dass der Werth dieser Eintheilung in Folge des künstlichen Rahmens, welchen man ihr zu geben gezwungen ist, immerhin ein zweifelhafter ist. Da ich aber versucht habe, gleichmässig in allen Fällen zu verfahren, so möge es erlaubt sein, zwecks weiterer Betrachtung auf diese Gruppirung auch hier zu recurriren. Zum Vergleich mit der folgenden Tabelle ist auf die Tabelle 7 zu verweisen, in welcher die Formen sämmtlicher

beobachteten Fälle nach der Häufigkeit ihres Vorkommens angegeben sind.

Tabelle No. 11.

Alter zur Zeit des Todes.	Vorwiegend erregt.		Vorwiegend depress.		Erregungs- u. Depressionszustände wechselnd.		Gleichmässig dement.		Mit zahlreichen apoplectiformen Anfällen.	
	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.
20—30	1	20,0	1	20,0	—	—	—	—	3	60,0
30—35	6	37,5	2	12,5	—	—	6	37,5	2	12,5
35—40	5	20,0	3	12,0	6	24,0	9	36,0	2	8,0
40—45	6	18,7	5	15,7	5	15,7	11	34,3	5	15,7
45—50	2	10,0	1	5,0	1	5,0	13	65,0	3	15,0
50—55	—	—	—	—	—	—	3	37,5	5	62,5
55—60	1	33,3	—	—	1	33,3	1	33,3	—	—
60—70	—	—	—	—	—	—	1	100,0	—	—
Summa	21	19,0	12	10,8	13	11,7	44	39,6	20	18,0

Dass sich in den einzelnen Altersstufen bei so kleinen Zahlen grössere procentualische Differenzen ergeben, ist nicht auffällig. Die letzte Reihe dagegen, welche die Uebersicht über die Häufigkeit des Vorkommens der verschiedenen Formen der Paralyse bei sämmtlichen Belasteten giebt, stimmt in ihren Procentzahlen mit der allgemeinen Vertheilung (vergl. Tab. 7) ziemlich überein, sodass danach nicht angenommen werden kann, dass die Heredität den Verlauf der Paralyse nach dieser Richtung hin beeinflusst.

Tabelle No. 12.

Alter zur Zeit des Todes.	Durchschnittl. Krankheitsdauer.	Anzahl der Fälle.	Durchschnittl. Dauer der Anstaltsbehandlung.	Anzahl der Fälle.
20—30	21 Monate	5	6⅕ Monate	5
30—35	26 -	9	17⅔ -	16
35—40	19 -	12	14¾ -	25
40—45	33¼ -	17	15½ -	32
45—50	33 -	8	18 -	20
50—55	34 -	3	25 -	8
55—60	25 -	3	11 -	3
(60—70	67 -	1	43 -	1)
Summa	28¼ -	58	16½ -	110

Untersuchen wir nun, ob die durchschnittliche Dauer der Paralysen eine andere ist, als wie wir sie oben in Tab. 2 und 3 für sämmtliche Fälle gefunden haben. Wir bestimmen deshalb wieder die Durchschnittszeiten der Krankheitsdauer und der Anstaltsbehandlung. (Cf. Tabelle No. 12.)

Wir erhalten nun gegenüber den Tabellen 2 und 3 fast regelmässig in den einzelnen Altersstufen höhere Durchschnittszahlen für Krankheitsdauer und Anstaltsaufenthalt, wie auch der Gesammtdurchschnitt einen mehr als 2 Monate betragenden Unterschied zu Gunsten der Paralyse bei Belasteten ergiebt.

Da die aufgestellten Formen der Paralyse gleich häufig vorkamen bei den Belasteten, wie in der Gesammtheit der Fälle, so ist die längere Durchschnittsdauer, wie wir sie hier finden, von jenen Formen unabhängig.

Es könnte daher diese Differenz zu der Annahme Veranlassung geben, dass die Paralyse bei erblich Belasteten langsamer zu verlaufen pflegt, als es sonst in der Regel der Fall ist. Auf die übrigen ätiologischen Momente wurde bei der Betrachtung unserer Fälle keine Rücksicht genommen. Unter ihnen befinden sich indess 17, bei welchen jegliche weiteren ursächlichen Bedingungen verneint waren. Würden auch diese Fälle sich durchschnittlich durch eine besonders lange Dauer auszeichnen, so könnte die Annahme einer Beziehung zwischen erblicher Anlage und Krankheitsdauer nicht ganz von der Hand gewiesen werden. Es seien deshalb diese Fälle hier kurz skizzirt. (Cf. Tabelle No. 13.)

Unter diesen Fällen finden sich mehrere, wie 6, 7, 10, welche innerhalb eines Jahres verlaufen sind; andere, wie 4 und 5, haben eine sehr lange Krankheitsdauer gehabt. Es bestehen also ebenso grosse Schwankungen in den Verlaufszeiten dieser Paralysen, wie sie überhaupt bei diesem Leiden beobachtet werden. Berechnen wir aus diesen hier kurz citirten Fällen die durchschnittliche Dauer der Anstaltsbehandlung, so beträgt diese 14 Monate, während sich die durchschnittliche Krankheitsdauer, wenn ich Fall 1, 5, 13 und 15 fortlasse, bei denen nähere Bestimmungen für die Zeit vor der Anstaltsbehandlung fehlen, auf 22 Monate beläuft. Da nun sogar bei diesen Fällen, bei welchen allein die erbliche Anlage als ursächliche Bedingung der Krankheit constatirt war, die durchschnittliche Krankheitsdauer eine bedeutend kürzere

Tabelle No. 13.

No.	Stand.	Alter z. Zeit des Todes.	Bemerkungen über die der Anstaltsbehandlung vorangehende Zeit.	Dauer der Anstaltsbehandlung	Art der Belastung.
1	Sattler	30 J.	Seit Jahren Sprachstörung. Wegen Körperverletzung im Gefängniss.	5 M.	Vater Potator.
2	Postassistent	30½ -	1 Jahr gedächtnisschwach.	6 -	1 Bruder Sonderling, 1 Schwester hysterisch.
3	Buchhalter	33½ -	Seit 8 Mon Sprachstörung u. vergesslich.	1 J.	Vater u. Schwester excentrisch.
4	Schriftsetzer	35 -	1 Jahr gedächtnisschwach.	3 -	Vater hypochondrisch.
5	Schlosserges.	36 -	—	5¼ J.	Mutter nervenschw., Schwester Chorea.
6	Kaufm.	36½ -	¼ J. Trunk u. Spiel.	6 M.	Vater starb an Schlagfluss, Bruder geisteskrank.
7	Arbeiter	37¾ -	¼ J. vergessl. u. läppisch.	4 -	Vater starb an Schlagfluss, 1 Bruder melancholisch.
8	Schuhm.	37½ -	2 J. Schwindelzustände u. Kopfschmerzen.	4 -	Schwester geisteskr.
9	Cassenverw.	39 -	Stets erregt, 2 Mon. unmotivirtes Handeln.	2 J. 7 M.	Mutter stets erregt.
10	Kellner	40½ -	½ J. Anfälle.	2 M.	Mutter starb an Schlaganf.
11	Arbeiter	41 -	Seit einigen Monaten Krämpfe.	2 J.	Vater suicid.
12	Buchhalter	41 -	¼ J. lüderlich.	1¼ J.	Vater Potator.
13	Arbeiter	45 -	Wegen Diebst. in Unters.	1½ -	Vater geisteskr.
14	Schneider	46 -	2 J. verändert.	2 M.	Bruder Pupillenstarre u. scheues Wesen.
15	Tischlerm.	53 -	—	6 -	Schwester Krämpfe.
16	Arbeiter	55 -	1 J. geistig abnorm.	1½ J.	Mutter Dement. senilis.
17	Restaurateur	55½ -	Stets reizbar, in der letzten Zeit streitsüchtig.	5 M.	Tante geisteskr.

ist, als wir sie für die Gruppe der Belasteten bestimmt haben, so lässt sich für die Vermuthung, dass die Heredität auf den langsameren oder schnelleren Verlauf der Paralyse von Einfluss sei, keine Unterlage gewinnen.

Das Verhältniss der Lues zur progressiven Paralyse ist ein in

den letzten Jahren vielfach besprochenes Kapitel. Während einige Autoren einen ursächlichen Zusammenhang dieser Krankheiten mit einander vollkommen leugnen, behaupten andere, dass die Syphilis fast in allen Fällen der Erkrankung an allgemeiner Paralyse vorangegangen ist. Eine Klärung in den entgegengesetzten Auffassungen ist für die nächste Zeit kaum zu erwarten.

Was die Statistik betrifft, so hat *Rieger*[1]) aus der Zusammenstellung von 11 Arbeiten, welche sich alle auf ein ziemlich grosses Material stützten, das Facit erhalten, dass 40 pCt. sämmtlicher Paralytiker inficirt gewesen sind. Derselbe Autor gelangt auf Grund der Wahrscheinlichkeitsrechnung zu dem interessanten Schlusse, dass der Syphilitische eine 16—17 mal grössere Chance habe, an allgemeiner Paralyse zu erkranken, als der Nichtsyphilitische.

Komme ich nun zu dem Resultat, welches die in Dalldorf beobachteten Fälle gaben, so erhalte ich ein Verhältniss von 109 Fällen, in welchen eine specifische Infection als stattgehabt positiv anzunehmen war, zu 204 Paralytikern, bei denen eine solche nicht nachweisbar gewesen. Aus den Krankengeschichten der Uebrigen war nicht zu ersehen, ob eine luetische Infection vorangegangen war, oder nicht.

Als inficirt wurden diejenigen gezählt, von welchen nach den Angaben der Angehörigen feststand, dass sie in früheren Jahren Lues acquirirt hatten. Hierzu kamen noch diejenigen, bei denen nach dem somatischen Befunde specifische Narben, Drüsenschwellungen an den Prädilectionsstellen, Knochenauftreibungen u. a. vorhanden waren, sodass aus dem Vorkommen solcher Symptome auf eine stattgehabte Einimpfung syphilitischen Giftes geschlossen werden konnte. Unter den Nichtsyphilitischen wurden diejenigen aufgeführt, wobei eine genügende Anamnese und die körperliche Aufnahme negativ ausfielen. So fand ich, dass in 34,7 pCt. der zur Berechnung passenden Fälle eine luetische Infection stattgefunden hatte.

Der Zeitraum, welcher zwischen dem Auftreten der primären Symptome constitutioneller Syphilis und der Erkrankung an allgemeiner Paralyse verflossen war, ist ein sehr wechselnder gewesen. Er schwankt, was die 33 Fälle betrifft, welche uns darüber in-

[1]) *Schmidt*'s Jahrbücher Bd. 210, No. 1, S. 88.

Tabelle No. 14.

No.	Stand.	Alter z. Zeit des Todes.	Wieviel J. zwisch. prim. Syphilis u. Beginn d. Paralyse.	Etwa vorhandene sonstige ätiologische Momente.	Bemerkungen über die Zeit vor der Anstaltsbehandlung.	Vorwieg. Form des Verlaufs.	Dauer d. Anstaltsbehandl.
1	Tischlerges.	34 1/2 J.	4 J.	—	1/4 J. Reissen u. hypochondr. Klagen.	Mehrere apopl. Anf.	3 1/4 J.
2	Bildhauer	34 -	4 -	Vater geisteskrank.	1 J. energielos.	Vorw. depress.	1 M.
3	Kaufmann	50 1/2 -	4 -	1 Bruder geisteskrank u. Sorgen.	6 M. Gleichgiltigkeit gegen die Familie.	Vorw. Erregungszustände.	3 1/2 J.
4	Kuchenhändl.	46 1/4 -	5—7 J.	—	—	Mehrere apopl. Anf.	3 1/2 -
5	Korkschneider	47 3/4 -	8—9 -	Vater Sonderling. Potus.	1 J. nervös.	Gleichm. dement.	3 -
6	Bildhauer	54 1/2 -	8 J.	Potus.	1 J. gedächtnissschwach.	Gleichm. dement.	1/2 -
7	Restaurateur	33 1/2 -	8 -	Potus, starker Raucher.	Längere Zeit unangenehm. Benehmen.	Vorw. Erregungszustände.	1/4 -
8	Bildhauer	43 1/2 -	9 -	Potus.	2 J. verändert.	Mehrere apopl. Anf.	2 -
9	Kaufmann	38 -	10 -	Vetter geisteskr. Vermögensverlust.	1 J. Anf. maniakal. Natur.	Wechselnd. Im Anfang Remissionen.	6 M.
10	Kaufmann	37 -	10 -	Vermögensverlust.	2 J. misstrauisch.	Vorw. depress.	2 J.
11	Bäckermeister	45 -	10 -	Ueberanstrengung.	1/2 J. Anfälle.	Vorw. depress.	4 M.
12	Kaufmann	45 -	10 -	Potus.	1/2 J. Klagen.	Wechselnd. Im Anfang Remissionen.	5 1/4 J.
13	Secretair	46 -	10—12 J.	Vater u. Geschwister sonderbar.	1 J. Sprachstörung.	Gleichm. dement.	1/4 -

14	Schneider	31 J.	11 J.	Fall als Kind mit Verl. des Bewusstseins.	2 J. arbeitsunfähig.	Vorw. depress.	1 J.
15	Maurerges.	41 -	11 -	Vater Potator. Krämpfe als Kind.	1 J. gedächtnissschwach.	Wechselnd.	1 J. 2 M.
16	Schriftsetzer	36 -	12 -	Leichtes Trauma.	1 J. verändert.	Gleichm. dement.	1½ J.
17	Kaufmann	42½ -	12 -	—	5 M. vergesslich u. reizbar.	Mehrere apopl. Anf.	1 -
18	Particulier	50⅓ -	12 -	Tabes dorsalis seit?	3 J. reizbar.	Vorw. Erregungszustände.	1 -
19	Heizer	41 -	13 -	Mutter sonderbar. Ueberanstrengung.	3 J. verändert.	Wechselnd.	6 M.
20	Möbelpolirer	48¼ -	13 -	—	1 J. geistesschwach.	Mehrere apopl. Anf.	1½ J.
21	Kellner	49 -	14 -	Potus.	Plötzlicher Ausbruch.	Vorw. erregt.	1 M.
22	Kaufmann	41 -	15 -	—	—	Mehrere apopl. Anf. Remission von 2 J.	3¼ J.
23	Schneiderm.	53¾ -	15 -	1 Bruder geisteskr.	—	Gleichm. dement.	9 M.
24	Kaufmann	42¼ -	16 -	Mutter starb geisteskr.	Vergesslich seit?	Vorw. Erregungszustände.	3¼ J.
25	Schuhmacherges.	45 -	16 -	Onkel Krämpfe.	Stets schwachsinnig.	Gleichm. dement.	7 M.
26	Schneider	45½ -	16 -	Bruder suicid.	1 J. vergesslich.	Gleichm. dement.	3 M.
27	Kohlenschipper	50¼ -	16 -	Häufige Gefängnissstrafe. 8 Mon. Zuchthaus.	—	Mehrere apopl. Anf.	4½ J.
28	Gerberm.	43¾ -	20 -	—	3 J. verändert.	Mehrere apopl. Anf.	1 -
29	Kaufmann	41 -	20 -	—	—	Vorw. Erregungszustände.	1¼ -
30	Steinträger	41½ -	24 -	Potus.	Untersuchungshaft wegen Verleumdung.	Gleichm. dement.	1 -
31	Zeugschmied	53½ -	25 -	Ueberanstrengung.	6 Wochen Stottern.	Vorw. Erregungszustände.	1 -
32	Schmiedem.	54 -	25 -	—	—	Mehrere apopl. Anf.	1 -
33	Kaufmann	53 -	29 -	—	½ J. ethische Defecte.	Gleichm. dement.	½ -

struiren, zwischen 4 und 29 Jahren; und zwar vertheilen sich dieselben so, dass in 3 Fällen 4 Jahre, in 9 Fällen 5—10 Jahre, in 11 Fällen 10—15 Jahre, in 6 Fällen 15—20 Jahre, in 3 Fällen 25 Jahre, in 1 Falle endlich 29 Jahre vergangen waren, bevor sich die allgemeine Paralyse entwickelte.

Es sei bei dieser Gelegenheit gestattet, die Frage aufzuwerfen, ob etwa ein merkbarer Unterschied in dem Verlauf und der Dauer der Paralyse constatirt werden kann, jenachdem der Ausbruch derselben nur wenige Jahre oder Jahrzehnte nach den Erscheinungen der primären Syphilis stattgefunden hat. Zu diesem Zwecke führe ich die 33 Fälle in möglichster Kürze hier an. (Cf. Tabelle No. 14.)

Um nun diese Fälle leichter mit einander vergleichen zu können, theilen wir sie in 3 Gruppen, und zwar so, dass die erste Gruppe diejenigen Paralysen umfasst, welche bis zum 8. Jahre nach dem syphilitischen Primäraffect sich entwickelten, die zweite diejenigen, welche in der Zeit von 8—16 Jahren ausbrachen, und die dritte die restirenden umfasst. Was die Verlaufsform betrifft, so wäre es kaum möglich, etwa vorhandene Unterschiede in der Häufigkeit des Vorkommens der von mir aufgestellten Varietäten bei den 3 Gruppen durch den Zeitraum erklären zu wollen, welcher den Ausbruch der Paralyse von der Infection durch Syphilis trennt. Indess lehrt ein Ueberblick, dass in dieser Hinsicht keine beträchtlichen Differenzen bestehen.

Untersuchen wir nun, ob die Dauer des Krankheitsverlaufes dadurch beeinflusst wird, jenachdem die syphilitische Infection jüngeren oder älteren Datums ist. Da wir in allen 3 Gruppen Fälle von kurzer und langer Dauer finden, so lässt sich diese Frage nur durch die Bestimmung der durchschnittlichen Krankheitsdauer beantworten. Dieselbe aus den dazu geeigneten Fällen berechnet, stellt sich für die 3 Gruppen auf 29, 30 und 26 Monate. Die durchschnittliche Dauer der Anstaltsbehandlung beträgt 21 resp. $16^1/_2$ resp. $11^1/_2$ Monate. Die Dauer der Krankheit sowie des Anstaltsaufenthalts ist demnach in dem Theil unserer Fälle eine bedeutend kürzere, bei welchem schon sehr lange Zeit vor dem Beginne der Paralyse die luetische Infection stattgefunden hatte.

Es liegt nun die Frage nahe, können wir überhaupt auf die eingeschlagene Weise einen Einfluss der Syphilis auf den Verlauf

der Paralyse nachweisen. Bei der retrospectiven Betrachtung des mir vorliegenden Materials konnte nicht daran gedacht werden, die feineren klinischen Symptome zu berücksichtigen, deren Existenz nach einigen Autoren den Beweis einer Paralyse auf luetischer Basis liefern soll [1]). Es erübrigte mir nur, die einmal gewählte Gruppirung der Verlaufsformen und die Feststellung der durchschnittlichen Dauer der Krankheit und Anstaltsbehandlung auch hier wieder aufzunehmen und das erhaltene Resultat mit den obigen Tabellen zu vergleichen.

Tabelle No. 15.

Alter zur Zeit des Todes.	Vorwiegend erregt.		Vorwiegend depressiv.		Erregungs- u. Depressionszustände wechselnd.		Gleichmässig dement.		Mit zahlreichen apoplectischen Anfällen.	
	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.
20—30	—	—	—	—	—	—	1	50,0	1	50,0
30—35	6	35,3	2	11,8	—	—	4	23,5	5	29,4
35—40	3	15,8	1	5,3	4	21,0	9	47,4	2	10,6
40—45	5	14,3	3	8,6	6	17,1	10	28,6	11	31,4
45—50	3	15,0	2	10,0	3	15,0	8	40,0	4	20,0
50—55	3	25,0	1	8,3	1	8,3	4	33,3	3	25,0
55—60	1	100,0	—	—	—	—	—	—	—	—
(60—70	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—)
Summa	21	19,8	9	8,5	14	13,2	36	33,9	26	24,5

Tabelle No. 16.

Alter zur Zeit des Todes.	Durchschnittl. Krankheitsdauer.	Anzahl der Fälle.	Durchschnittl. Dauer der Anstaltsbehandl.	Anzahl der Fälle.
20—30	27 Monate	1	9 Monate	2
30—35	26¼ -	11	13 -	17
35—40	18¾ -	11	10 -	19
40—45	35¼ -	21	13 -	35
45—50	28½ -	13	17 -	20
50—55	27½ -	7	14½ -	12
55—60	—	—	12 -	1
(60—70	—	—	—	—
Summa	28½ Monate	64	13¼ Monate	106

[1]) In einer Abhandlung von *Goldstein*: über die Beziehungen der progressiven Paralyse zur Syphilis (Allg. Ztschrft. f. Psych. Bd. 42) lesen wir,

Stellen wir nun diese Tabellen den obigen entsprechenden 2, 3, 7 gegenüber, so bestehen wohl, wie leicht erklärlich, für die einzelnen Altersstufen grössere Unterschiede; dieselben werden jedoch für die Gesammtreihen gering, sodass wir als das allgemeine Resultat constatiren, dass voraufgegangene Lues nach den besprochenen Richtungen hin in unseren Fällen keinen Einfluss auf den Krankheitsverlauf ausübte.

Ueber die Frage, ob die Syphilis zum Ausbruch der Paralyse in früherer Zeit disponire, giebt die folgende Tabelle Auskunft.

Tabelle No. 17.

Alter zur Zeit des Todes.	Anzahl der luet. Inficirten.	d. h. pCt.	Vertheilung sämmtl. Paralytiker nach pCt. s. Tab. 1.
20—30	2	1,9	2,3
30—35	17	16,0	11,5
35—40	19	17,9	22,7
40—45	35	33,0	25,1
45—50	20	18,9	21,5
50—55	12	11,4	11,5
55—60	1	0,9	4,8
(60—70	—	—	0,7)

Aus diesen Zahlen geht nicht hervor, dass die Syphilis insofern einen besonders ungünstigen Einfluss ausgeübt hat, dass der Ausbruch der Erkrankung dadurch früher stattfand, als es im Allgemeinen der Fall war.

Nachdem der bisher verfolgte Weg für die Annahme engerer Beziehungen zwischen Syphilis und Paralyse, was Ausbruch, Form und Verlauf derselben betrifft, keine Beweise finden liess, betrachten wir noch 10 Fälle besonders, bei denen ausser der Lues kein weiteres ätiologisches Moment constatirt werden konnte, weil die Möglichkeit nicht ausgeschlossen scheint, den etwaigen Einfluss der Syphilis hier am reinsten ausgesprochen zu sehen.

---

dass in seinen Fällen die von einigen Autoren angegebenen Unterscheidungsmerkmale nicht aufgefunden wurden. Indess heisst es weiter „nur Augenmuskellähmungen im Beginn der Paralyse scheinen immer auf einen syphilitischen Ursprung hinzudeuten“. In einer später veröffentlichten Arbeit aus der Leipziger psychiatr. Klinik von *Dietz*: Dementia paralytica und Lues geschieht jedoch keines klinischen Symptoms, welches die Diagnose einer Paralyse auf luetischer Basis ermöglichte, Erwähnung.

Tabelle No. 18.

No.	Stand.	Alter zur Zeit des Todes.	Bemerk. über die der Anstaltsbehandlung vorangehende Zeit.	Vorwieg. Form des Verlaufs.	Dauer d. Anbehandlung.
1	Buchhalter	34¼ J.	6 Mon. Schlaganfall.	Mehr apopl. Anf.	1½ J.
2	Zimmerges.	39 -	¼ J. vergesslich.	dito	2 M.
3	Kaufm.	42½ -	5 M. vergesslich.	dito	1 J.
4	Buchbinder	42½ -	1½ J. reizbar.	Vorwieg. depress.	13 M.
5	Arbeiter	43½ -	Seit 2 J. Anfälle.	Mehr apopl. Anf.	1 J.
6	Bäckerm.	45 -	½ J. Anfälle.	Vorwieg. depress.	4 M.
7	Kuchenhänd.	46¼ -	—	Mehr apopl. Anf.	3½ J.
8	Möbelpol.	48¼ -	1 J. gedächtnisschwach.	dito	1½ -
9	Spritzenmann	48 -	1 J. reizbar.	Gleichm. dement.	1 -
10	Kaufm.	53 -	½ J. ethische Def.	dito	½ -

Bei Betrachtung dieser Fälle ist zunächst auffallend, dass relativ viele von ihnen mit apoplectiformen Insulten verliefen. Auch die Tabelle über die Verlaufsformen der Paralyse bei Syphilitikern giebt die Procentzahl dieser Varietät um 5 pCt. höher an, als Tabelle 7.

Die durchschnittliche Krankheitsdauer, soweit sie sich, abgesehen von Fall 7, berechnen liess, beträgt 21 Monate, die durchschnittliche Zeit der Anstaltsbehandlung 14 Monate. Da gerade derjenige Fall, welcher sehr lange der Anstalt angehörte, also augenscheinlich eine sehr lange Krankheitsdauer hatte, fortgelassen werden musste, so erklärt sich, dass wir hier eine so geringe durchschnittliche Krankheitsdauer fanden. Andernfalls wäre auch für diese Fälle eine höhere Durchschnittsdauer constatirt, wie ja auch die durchschnittliche Dauer der Anstaltsbehandlung fast die nämlich ist, wie wir sie Tab. 3 für alle Paralysen berechnet haben.

Recht häufig wird als ätiologisches Moment der Paralyse übermässiger Alkoholgenuss angenommen. Die hohe Procentzahl von 37,6 pCt., welche ich bei meinem Material als Resultat erhalte, erweckt indess Zweifel an der Richtigkeit derselben. Einerseits ist zu bedenken, ob die Massen Alkohol, welche im einzelnen Falle consumirt waren, wirklich so erhebliche waren und ihnen nicht erst post hoc eine grössere Bedeutung beigelegt worden ist, ander-

seits ist nicht ausgeschlossen, dass Trunksucht zuweilen bereits Krankheitssymptom war. Da es nun nicht möglich war, jeden einzelnen Fall nachträglich darauf hin zu prüfen, beschränke ich mich hier auf kurze Angaben über den Verlauf und die Dauer derjenigen Paralysen, bei welchen Potatorium als ätiologisches Moment angenommen worden war.

Vorwiegend erregt.		Vorwiegend depressiv.		Erregungs- u. Depressionszustände wechs.		Gleichm. dement.		Mit zahlreichen apoplectischen Anfällen.	
Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.
24	21,6	7	6,3	13	11,7	51	45,9	16	14,4

Die Durchschnittsdauer der Krankheit liess sich aus 62 Fällen berechnen und stellte sich auf $29^2/_3$ Monate, die Anstaltsbehandlung währte durchschnittlich $14^4/_5$ Monate.

Endlich will ich noch in den Kreis unserer Betrachtung diejenigen Fälle ziehen, bei welchen als ätiologischer Factor ein Trauma capitis figurirte. Es wird von *Guder*[1]) bemerkt, dass die Wirkung einer Kopfverletzung nicht immer rein mechanischer Natur ist, sondern dass in manchen Fällen der Effect dem Schreck zuzuschreiben sei. In solchen Fällen sollen die Individuen hereditär belastet sein, psychisch abnorm, sodass jede andere Gelegenheitsursache dieselbe Folge gehabt haben würde, wie das Trauma, oder besser der Schreck, welchen das Trauma hervorgerufen. In der That bedarf man zuweilen einer solchen Erklärung, um einzusehen, wie die Geringfügigkeit der Beschädigung eine so schwere Erkrankung, wie es die allgemeine Paralyse ist, im Gefolge haben konnte. Eine weitere Schwierigkeit bei der Erkennung einer ursächlichen Beziehung von Kopfverletzung zur Paralyse liegt darin, dass häufig Jahre bei vollkommener Gesundheit vergangen sind, bis dann erst die Geisteskrankheit an die früher erlittene Beschädigung erinnert. Knüpft sich dahingegen die Erkrankung zeitlich direct an die Verletzung an, insbesondere, wenn sicher festzustellen ist, dass vor dem Trauma noch keine psychischen Defecte existirten, so darf man ohne Bedenken annehmen, dass das Trauma die Erkrankung veranlasst hat.

[1]) *Guder*, Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen, S. 23 u. 24.

Was mein Material betrifft, so hatte in 58 Fällen eine Kopfverletzung stattgefunden. Von diesen waren es 16 Fälle, in denen im sofortigen Anschluss an die Verletzung Aenderungen am Patienten wahrnehmbar waren, welche erkennen liessen, dass sich eine schwere psychische Störung entwickelt hatte. In den übrigen Fällen waren viele Jahre verflossen, bevor Symptome einer cerebralen Erkrankung auftraten, in 5 Fällen sogar 20 Jahre und darüber.

Was den Verlauf der 58 Fälle betrifft, bei denen ein Trauma capitis der Krankheit voraufgegangen war, so vertheilen sie sich auf die von mir aufgestellten Gruppen folgendermaassen:

Vorwiegend erregt.		Vorwiegend depressiv.		Erregungs- u. Depressionszustände wechs.		Gleichm. dement.		Mit zahlreichen apoplectischen Anfällen.	
Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.	Anzahl	pCt.
11	19,0	3	5,2	12	20,7	18	31,0	14	24,1

Ich berechnete auch für diese Fälle, soweit angängig, die durchschnittliche Krankheitsdauer, sie belief sich auf 32 Monate; die Anstaltsbehandlung währte durchschnittlich $14^4/_5$ Monate.

In Folgendem soll noch in Kürze eine Uebersicht gegeben werden, wie häufig die übrigen in Frage kommenden ätiologischen Momente bei dem vorliegenden Material constatirt werden konnten.

Im Anschluss an die Besprechungen der Kopfverletzungen bemerke ich zunächst, dass in einem Fall sich die Paralyse in Folge einer Insolation entwickelt hatte und innerhalb 3 Monaten tödtlich verlief. In 2 Fällen scheint längere Arbeit in starker Sonnenhitze die Erkrankung gefördert zu haben. Arbeit am Feuer und in strahlender Hitze finde ich nur in 5 Fällen besonders erwähnt; doch ist nicht ausser Acht zu lassen, dass viele Individuen durch ihr Gewerbe gezwungen waren, sich dauernd solchen schädigenden Einflüssen auszusetzen. Unter unseren Paralytikern zähle ich 2 Heizer, 10 Bäcker, 4 Former, 8 Schmiede, 1 Koch, bei welchen die Möglichkeit, dass calorische Einflüsse an der Entwickelung des Leidens Schuld sind, nicht ausgeschlossen ist. Die besonders erwähnten 5 Fälle betreffen übrigens Leute aus den genannten Gewerben.

Was die Intoxicationen betrifft, so wurde die durch Alkohol

bereits oben besprochen. Es wäre hier noch die Vergiftung durch Tabak zu erwähnen, welche in 5 Fällen angeschuldigt wurde. In je einem Fall glaubte man Opium und Morphium, nachdem diese Mittel wegen somatischer Affectionen jahrelang in grösseren Dosen gereicht worden waren, für die eingetretene cerebrale Störung verantwortlich machen zu dürfen. Endlich waren in 3 Fällen Symptome von Bleivergiftung beobachtet worden, denen sich früher oder später die Geistesstörung angeschlossen hatte. In einem dieser Fälle handelte es sich um einen 47jährigen Malermeister. Bei den übrigen dieser Profession angehörenden Individuen — ihre Zahl betrug im Ganzen 17 — sowie bei dem sonst noch der Bleivergiftung besonders ausgesetzten Gewerbe der Schriftsetzer, welche nur ein Contingent von 4 Personen stellten, fand ich keine Bemerkung, aus welchen sich auf eine frühere Bleiintoxication hätte schliessen lassen können.

Es würden hier ferner die verschiedenen acuten und chronischen Krankheiten in Betracht kommen. Wie weit man indess berechtigt ist, die Ursache einer Paralyse, welche sich nach einer acuten Krankheit entwickelt hat, in letzterer selbst zu suchen, soll hier nicht weiter erörtert werden. Die Bemerkungen, welche ich in einigen meiner Fälle über ein derartiges ätiologisches Moment fand, waren zu wenig ausführlich, sodass ich es nicht für angezeigt halte, zahlenmässige Angaben zu machen.

An chronischen Krankheiten waren häufig die des Gefässsystems beobachtet; indess war nur in wenigen Fällen mit Sicherheit zu ersehen, ob die somatische Erkrankung vor dem Beginn des psychischen Leidens existirte.

Was die Lungentuberculose betrifft, so hatte dieselbe in 7 Fällen vor Beginn der Paralyse bestanden [1]).

Voraufgegangene Geisteskrankheiten fand ich in der Anamnese von 4 Patienten angegeben; in 3 Fällen ferner handelte es sich um Individuen, bei welchen ein erheblicher Grad von angeborenem Schwachsinn vorhanden war. An epileptischen Krämpfen hatten 8 unserer Paralytiker gelitten; bei 4 von ihnen hatten die Krämpfe mit der Zeit der Pubertät aufgehört. Tabes dorsalis scheint nur in 8 Fällen

[1]) Tuberculosis kam bei unseren Paralytikern überhaupt verhältnissmässig nicht häufig vor. Sie konnte nur 30 mal von 622 Fällen, welche zur Obduction gelangten, als Todesursache constatirt werden.

mehrere Jahre lang vorangegangen zu sein, bevor die psychische Störung auftrat.

Als das letzte aber vielleicht wichtigste Moment in der Aetiologie der allgemeinen Paralyse sind die psychischen Ursachen anzuführen. Dieselben sind so vielfältiger Natur, dass ein näheres Eingehen darauf zu weit führen würde. In 106 Fällen fand ich die Art und Weise, wie Seele und Gemüth getroffen waren, angeführt. In diesen Fällen scheinen psychische Einflüsse ganz besonders hervorgetreten zu sein. Zu erwähnen ist hier ferner noch, dass fast $^1/_2$ unserer Paralytiker einen oder mehrere Feldzüge mitgemacht hatten und dass allein nachweisbar 61 Paralytiker vor ihrer Erkrankung schwerere Freiheitsstrafen zu verbüssen gehabt hatten. Ich bemerke dies besonders, da ich dies für Vorkommnisse halte, welche in Begleitung der nicht von ihnen zu trennenden Aufregungen und Sorgen eine ganz besonders schädigende Einwirkung auf das Cerebrum auszuüben, wohl im Stande waren. In manchen unserer Fälle mag die Ursache der Entwickelung der allgemeinen Paralyse sich in letzter Linie lediglich von einem solchen Ereigniss herschreiben.

Zum Schlusse habe ich noch die angenehme Pflicht zu erfüllen, Herrn Director *Moeli* für die Anregung zu dieser Arbeit sowie für die freundliche Unterstützung, welche er mir bei der Abfassung derselben hat zu Theil werden lassen, meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Ueber einen in der Dürener Irrenanstalt beobachteten Fall von Cholesteatom.

Von

Dr. Carl Frank,

I. Assistenzarzt an der Rhein. Prov.-Irrenanstalt Düren.

Unter den Hirngeschwülsten, die ja an sich schon keine häufigen Befunde bei den Sectionen des Gehirns darstellen, dürfte bezüglich dieser Häufigkeit wohl das Cholesteatom oder die Perlgeschwulst eine der letzten Stellen einnehmen. Ein in unserer Anstalt zu Düren beobachteter Fall dieser Art, bei dem intra vitam der betreffende Kranke theils epileptische, theils aber auch an Paralyse erinnernde Erscheinungen gezeigt hatte, gab mir deshalb die Veranlassung, denselben, als zu den Seltenheiten gehörig, zur allgemeinen Kenntniss zu bringen, um so mehr, da er auch mit Rücksicht auf die Localisationstheorien des Gehirns in gewisser Beziehung bemerkenswerth sein dürfte.

Ehe ich zu dem betreffenden Falle selbst übergehe, will ich versuchen, einen kurzen Ueberblick über das Vorkommen des Cholesteatoms im Gehirn und dessen nächster Umgebung zu geben, soweit ich denselben aus der mir zur Verfügung stehenden Literatur habe gewinnen können.

Als die Ersten, die die Aufmerksamkeit auf das Cholesteatom gelenkt haben, sind nach Prof. *Virchow*'s Angaben in seiner Abhandlung „Ueber Perlgeschwülste" in seinem Archiv (Bd. VIII) jedenfalls ***Cruveilhier*** und ***Johannes Müller*** zu betrachten. Ersterer fand dasselbe zuerst in dem Gehirn eines etwa 18jährigen Mädchens, wo es die ganze mittlere Vertiefung der Gehirnbasis aus-

füllte und sich von dort in das Innere erstreckte. Im Anschluss an diesen Fall erwähnt derselbe in seinen Mittheilungen über die „Tumeur perlée“ in seiner „Anatomie pathologique“ noch 2 weitere Fälle von Perlgeschwülsten des Gehirns, von denen die eine im Kleinhirn und linken Ventrikel, die andere links vom Mesencephalon, dessen dritten Theil sie einnahm, ihren Sitz hatten. *Johannes Müller* theilt in seinem Werke „Ueber den feineren Bau der Geschwülste“ 6 Fälle von Perlgeschwülsten im Gehirn mit. Im Anschluss an diese Mittheilungen berichtet *Virchow* in der oben erwähnten Abhandlung, in der er namentlich auch die Histogenese der Perlgeschwulst sowie ihre nahe Verwandtschaft mit dem Atherom sowie dem Cancroid einer eingehenden Betrachtung unterzieht, über 5 derartige Fälle. Von den 3 das Gehirn direct betreffenden war der eine dadurch bemerkenswerth, dass abgesehen von öfteren Anfällen von Bewusstlosigkeit nichts intra vitam auf eine Gehirnaffection schliessen liess; bei der Autopsie fand sich u. A. an der Oberfläche des kleinen Gehirns im Innern der Arachnoidea, mit dieser verschiebbar, ein kleines, senfkorngrosses, schön perlglänzendes Cholesteatom. Bei dem zweiten Falle handelte es sich um Cancroid des Uterus, sowie ein zusammengesetztes Cholesteatom an der Hirnbasis und zwar links vom Pons und dem Cerebellum; auch hier bestanden weder Lähmung, noch Parese, noch besondere Schmerzen, ausser den durch den Krebs bedingten. Auch bei dem dritten Falle zeigte sich von Seiten des Centralnervensystems intra vitam nichts Besonderes; der Tod des betreffenden Kranken erfolgte in Folge von Lungenphthise. Bei der Section des Gehirns fand sich an der linken Seite des Pons gegen das Kleinhirn hin, zwischen den Ursprüngen des Trigeminus und Facialis, welche auseinander gedrängt waren, innerhalb des Gewebes der Pia mater eine nach aussen flache, im Umfaug lappige, gelblich weisse Perlgeschwulst.

Ladame führt in seinem ja so reichhaltigen Werke „Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste“ unter seinen 331 Tumoren im Ganzen nur 4 Fälle von Cholesteatom auf, wobei allerdings bemerkt werden muss, dass bei vielen der aufgeführten Tumoren eine genauere Bezeichnung fehlt. Das eine derselben, von der Grösse einer kleinen Nuss, sass an der hinteren Partie der Varolsbrücke, verbunden mit der grauen Substanz des hinteren

Kleinhirnlappens; intra vitam bestanden Gefühllosigkeit im rechten Bein, Krämpfe in den Gesichtsmuskeln, Contractur der Beine und der Handgelenke, Parese des linken Armes, Paralyse des rechten Beines, sowie epileptiforme Anfälle. — Das zweite von der Grösse eines Apfels befand sich in der Substanz der 2 vorderen Lappen des Grosshirns, ruhend auf dem Corpus callosum. Die Umgebung war erweicht. Der betreffende Kranke litt an heftigen Frontalschmerzen, häufigem Erbrechen und hatte mehrere convulsivische Anfälle in den oberen Extremitäten mit Verlust des Gedächtnisses. Bei dem dritten Falle handelte es sich um ein nussgrosses Cholesteatom an der Basis des Kleinhirns in der mittleren Grube. Bei dem betreffenden Individuum war die Sensibilität der rechten Gesichtshälfte geschwächt, die linke Pupille erweitert, und ferner waren mehrere Jahre hindurch epileptische Anfälle eingetreten. In einem weiteren Falle fanden sich 2 Cholesteatome im linken Ventrikel, am Corpus striatum, ein drittes nahe dabei; die Umgebung war erweicht. Es bestand intra vitam Epilepsie, Schwäche im rechten Arm, Paralyse des rechten Facialis, divergirendes Schielen, Diplopie, Behinderung der Sprache und Trübung der Intelligenz.

Bernhardt, der gleichfalls reichliches Material gesammelt hat, und dessen Werk „Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste" wohl als Fortsetzung der ***Ladame***'schen Arbeit betrachtet werden darf, insofern er 487 Fälle aus den Jahren 1865—1881 zusammengestellt hat, führt unter diesen nur einen einzigen Fall von Cholesteatom an; dasselbe befand sich im linken Thalamus opticus, erstreckte sich bis zum Hinterhorn, hatte aber bei Lebzeiten des betreffenden Kranken merkwürdiger Weise keinerlei Functionsstörungen des Gehirns hervorgerufen. Allerdings ist auch hier nicht ausser Acht zu lassen, dass eine grosse Anzahl der beschriebenen Tumoren von dem Verfasser nicht des Näheren charakterisirt ist.

Petrina erwähnt in seiner Arbeit „Klinische Beiträge zur Localisation der Gehirntumoren" ein faustgrosses Cholesteatom, das von der Meninx Pia der Basis der Vorderlappen beiläufig in der Mitte zwischen denselben in die Höhe mitten in die Hirnsubstanz hineinwucherte; dasselbe reichte nach oben bis zum vorderen Rande des Corpus callosum und seitlich bis zum Chiasma. Intra vitam bestanden heftige allgemeine Convulsionen, Schwächegefühl im

rechten Arm und Lähmung sowie Verkürzung des rechten Beines; sonstige Lähmungserscheinungen waren nicht vorhanden.

Spillmann und ***Schmidt*** berichten in den Archives générales de médecine, Août 1882 über einen Fall von hühnereigrossem Cholesteatom, das sich im IV. Ventrikel bei einem 31jährigen Manne entwickelt hatte und gegen das Kleinhirn hinein gewachsen war. Die Haupterscheinungen waren: Kopfschmerz, Schwindel, Ataxie in den Armen und Beinen, linksseitige Hemiplegie sowie Erbrechen. Unter den 50 weiteren von ihnen mitgetheilten Fällen von Gehirntumoren, die ihre Beobachtungen im Verlaufe mehrerer Jahre darstellen, fand sich ein solcher eines Cholesteatoms nicht mehr.

In ***Virchow***'s Archiv, Bd. 49 berichtet ***Eberth*** in seiner Arbeit „Zur Entwicklung des Epithelioms (Cholesteatoms) der Pia und der Lunge" über einen Fall, bei dem der betreffende Kranke einen etwas schläfrigen Zustand und Verlangsamung der psychischen Vorgänge, verbunden mit Klagen über heftige Kopfschmerzen in der Stirn- und Hinterhauptsgegend zeigte. Die Section ergab das Vorhandensein verschiedener hirsekorn- bis linsengrossen Knötchen, die sich mikroskopisch als Cholesteatome erwiesen, in der Gegend der beiden Sylvii'schen Lappen.

Eppinger erwähnt in seinen „Mittheilungen aus dem Path. anatom. Institut" in der Prager Vierteljahrsschrift 1875 auch einen Fall von Cholesteatom, wobei es sich um eine multiple feinknotige Geschwulst der Pia mater des Gehirns und des Rückenmarks handelte; von der Pia aus reichte die Geschwulstmasse, den Gefässen folgend, mit schmalen Fortsätzen oft mehrere Millimeter weit in die Gehirnsubstanz hinein.

Häufiger wie im Gehirn selbst scheint sich das Cholesteatom in dessen Nachbarschaft zu finden und dabei namentlich das Felsenbein ein Lieblingssitz zu sein, zu welcher Ansicht wenigstens die von ***Virchow*** (l. c.), ***Toyenbee, Gruber, Schwarze, Lucae, Wendt,*** ebenso wie auch die von ***H. Steinbrügge*** und von ***L. Katz*** veröffentlichten Fälle berechtigen dürften. Jedenfalls sind aber überhaupt die Mittheilungen über das Vorkommen des Cholesteatoms im Gehirn und seiner nächsten Nachbarschaft nicht als besonders häufige zu betrachten, weshalb es sich wohl verlohnt, den nachfolgenden hier beobachteten Fall in die Reihe dieser Mittheilungen einzureihen.

Was diesen Fall selbst betrifft, für dessen freundliche Ueberlassung behufs Veröffentlichung ich hiermit meinem verehrten Herrn Chef, Sanitätsrath Dr. *Ripping*, meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen mir gestatte, so möchte ich zunächst Folgendes über den Krankheitsverlauf berichten.

Patient, 1840 unehelich geboren, zeigte in der Schule mittelmässige Kenntnisse, lernte zwar gut schreiben und lesen, aber nur mässig rechnen. Mit seinem Vater lebte er nach seinen eigenen Angaben in beständigem Streit und Zank und wurde von demselben viel gescholten und körperlich misshandelt. Dieser Behandlung müde, verliess er eines Tages, nachdem er sich eine grössere Summe Geldes verschafft hatte, heimlich das Haus und wanderte nach Amerika aus. Dort scheint er aber keine ihm zusagende Beschäftigung gefunden zu haben, denn er kehrte sehr bald, nachdem sein Geld alle geworden, wieder in seine Heimath zurück. Als sich dann dort die früheren Misshandlungen von Seiten seines Vaters wiederholten, verliess er wiederum seine Heimath, trieb sich vagabondirend umher, bis er schliesslich aufgegriffen und in der Correctionsanstalt Brauweiler internirt wurde. Von dort entlassen, begann er wieder zu vagabondiren, bis er in Aachen verhaftet und nachdem man dort seinen krankhaften Zustand erkannt, in die dortige Alexianeranstalt verbracht wurde. In dieser Pflegeanstalt für Geisteskranke zeigte er sich sehr schwatzhaft, redete meist nur verrücktes Zeug und machte den Eindruck eines Blödsinnigen. Bei der körperlichen Untersuchung zeigte sich, dass sein linker Arm, sowie seine linke Hand paretisch waren, das linke Bein wurde nachgeschleppt, die linke Gesichtshälfte erschien schlaffer, als die rechte, die Pupillen waren sehr weit, gleichweit, reagirten nur langsam und unvollkommen auf Lichtreiz. Die Zunge wurde gerade herausgestreckt, zitterte aber stark im Gewebe. Am 20. Januar 1880 wurde er von dort der Dürener Irrenanstalt zugeführt, in die er als ein kleiner, breitschultriger Mensch mit Glotzaugen und rechtsseitigem Strabismus divergens eintrat; die linksseitigen paretischen Erscheinungen bestanden auch jetzt noch. Er fühlte sich sofort sehr wohl in der Anstalt, erzählte in alberner kindischer Weise, dass er 14 Monate lang in Amerika gewesen sei, und brachte zum Beweise dafür auch alle möglichen englischen Worte hervor. Er wurde mit zur Arbeit in's Freie geschickt, beschäftigte sich dort aber nur wenig, sondern stand mit Vorliebe unthätig da und suchte sich von zufällig Vorübergehenden Tabak etc. zu erbetteln. Im Mai 1881 trat dann bei ihm auf einem Spaziergange der erste in der Anstalt beobachtete Anfall auf; er fiel bewusstlos nieder, zeigte heftige Muskelzuckungen und blieb noch etwa 15 Minuten im Nachschlafe. Ein weiterer Anfall trat dann bei ihm, während er sich in der Zwischenzeit völlig wohl befunden und die an ihn gerichteten Fragen, ob er früher schon ähnliche Anfälle gehabt, stets in negativem Sinne beantwortet hatte, auch in dieser Zeit die paretischen Erscheinungen mehr zu-

rückgegangen waren, am 15. Januar 1882, also erst 8 Monate später auf; derselbe war mit kurz dauernder Bewusstlosigkeit und lebhaften Zuckungen in den Extremitäten verbunden. Nach zurückgekehrtem Bewusstsein blieb der Kranke noch lange Zeit apathisch, schläfrig und etwas benommen. Je ein weiterer Anfall folgte dann am 23. April, sowie am 9. Mai des betreffenden Jahres, wonach er wieder sehr benommen erschien, nach der linken Seite hing und das linke Bein mehr wie gewöhnlich nachschleppte. Er erholte sich aber doch wieder bald und benahm sich z. B. bei seinem am 6. Juni desselben Jahres stattgehabten Entmündigungstermin so correct, dass das Gericht anfänglich nicht zu der Ueberzeugung gelangen konnte, dass er geisteskrank sei; er beantwortete nämlich die Fragen über seine persönlichen Verhältnisse annähernd richtig und äusserte u. A. im Laufe der Unterhaltung, dass er nicht krank im Kopfe sei, aus der Anstalt entlassen zu sein wünsche, und dass er vor allen Dingen keinen Vormund gebrauche, da er sich selbst Vormund genug sei. Im Verlauf desselben Jahres hatte der Kranke dann 5 weitere (epileptische) Anfälle. In der Nacht vom 24. bis 25. Februar 1883 hatte der Kranke wieder einen Anfall, der sich in seinen Folgeerscheinungen mit Rücksicht auf die früher stets beobachteten linksseitigen vorübergehenden Lähmungserscheinungen dadurch unterschied, dass Patient ganz nach rechts hing; die rechte Schulter stand tiefer, das rechte Bein wurde nachgezogen, der rechte Arm erschien unbeholfen und paretisch. Seit der Zeit zeigten sich auch im Anschluss an den Anfall dauernd spastische paralytische Symptome: Pat. schleuderte seitdem beim Gehen das rechte Bein nach aussen und hinten, stampfte dabei in lauter Weise auf den Boden auf; ferner fiel bei ihm auf, dass bei der militairischen Begrüssung der Visite die Finger der rechten Hand sich in andauernder Hyperextensionsstellung befanden. Bei einem im Juni 1883 auftretenden schweren Anfall stellten sich auch wieder lebhafte Zuckungen im rechten Arm, verbunden mit bald darauf auftretenden rechtsseitigen Lähmungserscheinungen ein; dasselbe geschah bei einem Anfall am 4. August, und blieben seit der Zeit die rechtsseitigen Lähmungserscheinungen, vor allem das Nachschleppen des rechten Beines, dauernde. In der Folgezeit traten dann die Anfälle häufiger — meist in 1—2 Monaten ein Anfall — ein. Dieselben leiteten sich stets durch grössere Unruhe und Unbeholfenheit des Kranken, sowie leichte Zuckungen, meist in der linken Gesichtsmusculatur, dem linken Arm und dem linken Bein ein; dazu gesellten sich dann Sprachstörungen, die mit der Zeit immer mehr zunahmen und grosse Benommenheit; der Strabismus trat auch dann noch deutlicher wie zuvor in die Erscheinung. Diese Prodromalerscheinungen waren stets äusserst typische, so dass man stets bald nachher einen Anfall erwarten konnte. In den Zwischenzeiten war der Kranke immer heiter und vergnügt, ging auf scherzhafte Bemerkungen ein, begrüsste die Visite stets in militairischer Weise, legte den Mitgliedern derselben alle möglichen schönen Titel bei, brachte dann mit Vorliebe eine Klage über seinen angeblich

kranken und schmerzhaften rechten Fuss vor, den er curirt haben wollte, an dem aber objectiv nichts zu finden war. Im Verkehr mit seinen Mitkranken und den Wärtern zeigte er sich zuthunlich und wusste nach Angabe der Letzteren bis in die letzte Zeit einen etwa von ihm verübten Streich stets mit grosser Schlauheit zu vertuschen und sich auf diese Weise vor ev. Zurechtweisungen zu schützen. Eigenthümlich und der Beachtung werth dürfte es sein, dass er stets äusserst empfindlich erschien, sobald er durch einen Mitkranken irgend einen zufälligen Stoss am Kopfe erlitt; er wurde dann plötzlich sehr heftig, drohte mit den Fäusten und wurde selbst gewaltthätig gegen seine Mitkranken. Im Uebrigen war er stets reinlich, selbst bei den Anfällen. Nachts ruhig, sein Nahrungsbedürfniss erschien gesteigert. In der Nacht vom 15. zum 16. Januar ds. Jahres trat wieder ein schwerer Anfall bei ihm ein, der am 16. Januar gegen 5 Uhr Morgens wohl in Folge von Erstickung den Tod des Kranken im Gefolge hatte; er wurde auf dem Gesicht liegend todt im Bette aufgefunden.

Bei der am 17. Januar Vormittags stattgehabten Section zeigte sich abgesehen von einer grossen Hyperämie der Lungen und des Larynx, sowie einer fettigen Entartung des Herzens und der Leber als für den Fall selbst wichtig und interessant Folgendes: Das Schädeldach war gross, symmetrisch gebaut, von mittlerer Schwere, die Diploë zum Theil geschwunden. Die Dura mater erschien sehr blutreich, zeigte eine glatte und glänzende Oberfläche, war mit dem Schädeldach nirgends verwachsen. Die Pia mater war gleichfalls sehr blutreich, an einzelnen Stellen, namentlich in der Gegend der Stirn- und Schläfenwindungen leicht verdickt und getrübt, und liess sich nur in grösseren Partien, aber ohne Substanzverlust des Gehirns von diesem abziehen. Das Gehirn zeigte im Allgemeinen gut entwickelte Windungen, die Gegend des rechten Schläfenlappens erschien im Verhältniss zu links beträchtlich vorgetrieben. Dieser Hervortreibung entsprechend zeigte sich bei der näheren Untersuchung der rechte Schläfenlappen bis in's Bereich des rechten Operculum völlig zerstört und dortselbst durch eine abgekapselte, über hühnereigrosse, weissliche, transparente, fettig glänzende, gefässlose und mässig harte Neubildung ersetzt. Von dem Hauptsitze der Neubildung aus setzte sich eine grosse Anzahl erbsen- und hirsekorngrosser Massen von gleicher Beschaffenheit in die Umgebung fort, umwucherten das Chiasma, namentlich dessen rechten Tractus fast völlig, ohne aber dort schon eine wenigstens makroskopisch erkennbare Veränderung hervorzurufen. Nach hinten zu erstreckte sich ein mehr schwammiges, gleichfalls mit dieser eben erwähnten Masse fettiger, transparenter Beschaffenheit gefülltes Gewebe, das beide Grosshirnschenkel, sowie die Pons fast völlig überdeckte. An der Grenze von Pons und Medulla oblongata befand sich ebenfalls eine derartige schwammige Neubildung von etwa 3 cm Breite, $2^1/_2$ cm Länge und 1 cm Tiefe dortselbst aufgelagert. Die Schnittfläche des Gehirns wies viele Blutpunkte auf, war feucht und glänzend; die graue Rindensubstanz zeigte einen rosarothen Farbenton, war

aber in normaler Ausdehnung entwickelt. Die Ventrikel waren erweitert, der Boden des III. Ventrikels erschien durch die eben erwähnte Neubildung in die Höhe gehoben, auch die Wandung des rechten Seitenventrikels erschien theilweise etwas vorgewölbt. Die Ventrikel enthielten eine geringe Menge klarer seröser Flüssigkeit. Die übrigen Partien des Gehirns, sowie das Rückenmark und seine Häute zeigten mit Rücksicht auf unseren Fall nichts Besonderes mehr. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Neubildung zeigte dieselbe ein schönes areoläres Bindegewebsgerüst, in welches theils Fettzellen, theils auch epitheloïde Zellen, die namentlich an Zupfpräparaten deutlich zu Tage traten, sowie ferner eine grosse Menge schön ausgebildeter Cholestearinkrystalle eingelagert waren — ein Befund, der dem Begriff eines Cholesteatoms oder der Perlgeschwulst ja vollauf entspricht. Die Kapsel der Geschwulst erwies sich ebenso wie die oben erwähnte mehr schwammige Geschwulstmasse mikroskopisch als aus Bindegewebe bestehend; nachdem das Gehirn eine Zeit lang in Alkohol gelegen, bildete sich über des letzteren Oberfläche eine fettig glänzende Masse, die sich mikroskopisch ebenfalls als aus schön entwickelten Cholestearinkrystallen zusammengesetzt erwies.

Was die Epikrise dieses Falles angeht, so dürfte derselbe in verschiedener Hinsicht interessant erscheinen. Zunächst ist erwähnenswerth, dass die betreffende Geschwulst trotz ihrer Grösse und Ausdehnung im Ganzen nicht die Erscheinungen gemacht hat, die man dementsprechend wohl hätte erwarten können, ebenso wie dies ja auch bei einzelnen der aus der Literatur oben angeführten Fälle in so auffallender Weise der Fall war, indem ein nicht unbedeutender Theil derselben ohne jede Functionsstörung von Seiten des Gehirns verlief. In unserem Falle ging ja sogar ein Theil der Erscheinungen jedesmal nach dem Anfall wieder in beträchtlichem Grade zurück, um wieder erst nach Eintritt eines neuen Anfalles stärker aufzutreten; ein anderer Theil trat aber immer intensiver und stärker hervor, je mehr offenbar die Geschwulst proliferirte, und trotzdem waren auch hier das Bild intra vitam und unsere bisherige Erfahrungen über die Localisation der Gehirnfunctionen zum Theil nicht mit dem patholog. anatom. Befund als sich völlig deckend zu betrachten. Ersteres gilt namentlich von den zuerst vorhandenen, entsprechend dem Hauptsitze der Geschwulst linksseitigen Erscheinungen, die nie zu dauernden Lähmungen dieser Seite führten, sondern sich stets wieder in etwas verloren; letzteres gilt von den in der letzten Zeit immer deutlicher auftretenden rechtsseitigen, also dem Sitze der Geschwulst gleichseitigen Läh-

mungserscheinungen, die schliesslich im rechten Beine wenigstens dauernde blieben. Wenn ferner auch die spastisch-paralytischen Symptome bei dem betreffenden Kranken, wie sie sich durch zeitweiliges Schleudern und Stampfen, Behinderung des Ganges des rechten Beines, sowie auch durch die Hyperextensionsbewegungen der rechten Hand documentirten, als reine Druckerscheinungen zu betrachten sein konnten, ebenso wie auch der Strabismus divergens ja wohl durch Druck eines Theiles der Geschwulst auf die Oculomotoriuskerne bedingt sein dürfte, so findet sich doch namentlich auch für die mit der Zeit immer beträchtlicher auftretenden Sprachstörungen kein rechter pathologisch-anatomischer Befund, da sich ja die Broca'sche Windung völlig frei von Geschwulst und Entzündungserscheinungen erwies. Ein im Mai ds. Jahres in unserer Anstalt zur Section gelangter Fall, in dem intra vitam beträchtliche Aphasie und Agraphie bestand und bei dem auch schon vor der Ueberführung des Kranken in die Anstalt von den ihn behandelnden Aerzten die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf eine Affection im Bereich der linken Broca'schen Windung gestellt worden war, bei dem aber post mortem diese völlig intact war, sich dagegen die Rindenpartie des linken Klappdeckels durch einen etwa 2 Markstück grossen 3 mm tiefen Erweichungsherd ergriffen zeigte, dürfte wohl immerhin die Frage nahe legen, ob sich nicht auch in unserem Falle das Ergriffensein des einen Klappdeckels in Verbindung mit den beobachteten Sprachstörungen bringen liesse; selbstverständlich genügt aber dieses vielleicht nur zufällige Zusammentreffen nicht, um daraus direct bestimmte Schlüsse ziehen zu können.

Majestätsbeleidigung. Sinnesverwirrung (krankhafte Bewusstlosigkeit) auf Grundlage von Neurasthenie.

Gerichtsärztliches Gutachten.

Ergebnisse aus den Akten. Am 27. Juli 1888 führte der auf der Durchreise in einem Gasthause in K. befindliche W. S., Privatgelehrter aus Polen, 42 J. alt, im Wirthszimmer ein politisches Gespräch. Im Verlaufe desselben äusserte S., der Kaiser solle etwas energischer gegen die Juden auftreten. Als ein Gast ihn ermahnte, er möge die Person des Kaisers nicht in das Gespräch hineinmengen, erwiderte S., es sei gerade nicht nöthig, von dem jetzigen Kaiser zu sprechen, man könne ja in der Geschichte weiter zurückgehen. Er dachte einige Zeit nach und sagte dann, „wie hiess doch nur der Kerl"? Als Zeuge D. sagte, mit der Bezeichnung „Kerl" könne er doch einen österreichischen Monarchen nicht meinen, sagte S. „Kaiser Josef II. meine ich".

Den Anwesenden machte S. den Eindruck, dass es bei ihm im Kopfe nicht ganz richtig sei. Als der Gastwirth den Fremden auf sein Zimmer führte, wackelte dieser etwas auf den Füssen. Die Kellnerin constatirte, dass S. während seines Verweilens im Gastzimmer etwa 5—6 Glas Bier getrunken habe.

Im Verhör vom 29. Juli 1888 gibt S. an, dass er 1874 in M. die Staatsprüfung über Philologie abgelegt habe und seit längerer Zeit an einer Nervenkrankheit leide, welche ihn gegenwärtig berufsunfähig mache. Er komme aus dem Kloster zu K., wo er sich vom 10. April bis 27. Juli aufgehalten habe. Er sei im Begriff nach Graz zu reisen, um dort einen Arzt wegen seines Leidens zu berathen.

Er könne sich nicht erinnern, über Kaiser Josef beleidigende und die Ehrfurcht verletzende Aeusserungen gethan zu haben, als er im Gastzimmer am 27. anwesend war. Er stellt in Abrede, damals betrunken gewesen zu sein. Er vertrage wegen seines Nervenleidens keine geistigen Getränke, und es sei ihm ärztlich untersagt, solche zu geniessen. Dadurch dass er an jenem Tage gleichwohl einige Gläser Bier getrunken, sei er bewusstlos geworden. Er gebe die Möglichkeit zu, die von den Zeugen angegebenen und incriminirten Aeusserungen gethan zu haben, stelle aber in Abrede, die Absicht gehabt zu haben, die Ehrfurcht gegen den Kaiser Josef zu verletzen.

Am 28. Juli 1888 stellte der Prior des Klosters K. ein Zeugniss aus, wonach S. im Kloster verweilt habe, um sich von einer krankhaften Ueberreizung des Nervensystems zu erholen. Er verliess ungeheilt das Kloster um einen Arzt zu berathen und sich einer Kur zu unterziehen. Solange S. im Kloster weilte, war sein Verhalten ein tadelloses. Niemand konnte sich erinnern, eine unehrerbietige Aeusserung über das kaiserliche Haus aus seinem Munde vernommen zu haben. Der traurige Vorfall lasse sich nur erklären aus dem zerrütteten Zustand seines Nervensystems, der sich durch den in der Sonnenhitze zurückgelegten Weg nach K. verschlimmert haben möge.

Aus den Zeugenangaben ist zu entnehmen, dass den incriminirten Aeusserungen des S. ein lebhafter politischer Discurs vorherging, dass S. dem Einen den Eindruck eines betrunkenen, dem Anderen eines im Kopfe nicht richtigen, der Kellnerin den eines schwerhörigen Menschen machte.

Die Aeusserungen dürften etwa um 11 Uhr Abends gefallen sein.

Ergebnisse der persönlichen Exploration am 18. Aug. 1888.

Explorat ist ein mittelgrosser Mann von regelmässigen Zügen, ziemlich gut genährt. Die Untersuchung der vegetativen Organe ergiebt keine auf organische Erkrankung hinweisende Symptome.

Der unstete Blick, die lebhafte Miene und Gesticulation, der in seiner Frequenz äusserst wechselnde Puls weisen auf ein nervöses Temperament hin.

Der sonst regelmässige und symmetrische Schädel hat einen

die Norm um circa 3 cm übersteigenden Umfang von 59 cm. Erhebliche Steigerung der tiefen Reflexe, namentlich der Kniesehnenreflexe sowie Druckempfindlichkeit einzelner Dornfortsätze weisen auf eine vorhandene Störung im Centralnervensystem hin.

Thatsächlich berichtet Explorat auf Befragen Symptome, die unschwer als solche von sog. reizbarer Schwäche im Centralnervensystem (Neurasthenie) und zwar speciell als Cerebrasthenie zu deuten sind.

So berichtet er von Kopfschmerz, Kopfdruck, zeitweisen Congestionen zum Gehirn, geschwächter Gedächtnissleistung, erschwertem Denken bis zur temporären Berufsunfähigkeit, schlechtem unerquicklichem Schlaf mit häufigem Aufschrecken, rascher geistiger und körperlicher Ermüdung. Explorat versichert, seit über 10 Jahren an diesem Nervenübel zu leiden, wenn auch mit zeitweisen, sehr erheblichen Remissionen. Dadurch sei er in seinem Studium und Beruf vielfach behindert gewesen. In den letzten Jahren habe sich sein Leiden so sehr gesteigert, dass er zu anhaltender geistiger Beschäftigung ganz unfähig wurde. Diese Verschlimmerung sei durch widrige Schicksale und Gemüthsbewegungen entstanden. Ein Trinker ist Explorat nicht, auch fehlen an ihm alle für habituellen Uebergenuss von alkoholischen Getränken sprechenden Symptome. In den letzten Jahren habe er geistige Getränke immer weniger ertragen und sich derselben im Allgemeinen auch enthalten. Anlässlich Gemüthsbewegungen und körperlicher Anstrengungen habe er allerdings sich hie und da verleiten lassen im Genuss geistiger Getränke Trost und Kräftigung zu suchen, aber derartige relative Excesse seien ihm immer schlecht bekommen, und wiederholt sei es ihm passirt, dass er dabei in Zustände gerieth, in welchen er anscheinend noch bei sich war, conversirte und handelte, ohne hinterher das Mindeste von dem zu wissen, was er gesprochen und gethan hatte. Thatsächlich befand sich Explorat seit Mitte April zur Erholung im Kloster K., consultirte kürzlich den Prof. *R.* in G. und wurde von diesem zum Kurgebrauch nach S. gewiesen.

Er versichert, aus ganz gesunder Familie zu stammen, jedoch erfährt man von ihm, dass sein Vater ein höchst aufgeregter, nervös erregbarer Mann und dessen Mutter eine jähzornige, unverträgliche Frau war.

Ausser an einem Typhus mit 14 Jahren will Explorat nie schwer krank gewesen sein.

Er vermuthet als Ursache seines Leidens Onanie, der er vom 20. Lebensjahre bis vor $1^1/_2$ Jahren ergeben gewesen sei.

Als Motiv für diese perverse Geschlechtsbefriedigung ergiebt sich eine angeborene krankhafte perverse Geschlechtsempfindung, insofern Explorat zu Männern inclinirt und durch das Weib geschlechtlich unerregbar ist. Diese sog. conträre Sexualempfindung regte sich in ihren ersten Anfängen schon im 10. Jahre. Sein geschlechtliches Bedürfniss war ein geringes, und so gelang es ihm, immer im Bereiche platonischer Verhältnisse Freunden gegenüber zu verbleiben. Die Befriedigung durch Onanie war ein Aequivalent für die seinem moralischen Sinn widerstrebende Befriedigung mittelst Männern und für die ihm von der Natur versagte Möglichkeit sexuellen Umgangs mit Personen des anderen Geschlechtes. Ein näheres Eingehen auf die charakterologische Besonderheit des Individuums ergiebt sehr entwickelte moralische und ästhetische Gefühle, idealistische und stellenweise sogar verschrobene Lebensanschauungen und eine sehr rege Phantasie. Bezüglich der Vorfälle am 27. Juli wurde folgendes vom Exploraten ermittelt.

Als er um die Mittagsstunde das Kloster verliess, befand er sich in einer erheblichen Gemüthsaufregung, da man ihm erklärt hatte, man könne ihn nicht im Kloster behalten, und seine Tauglichkeit zum Beruf eines Geistlichen bezweifelte. Bei heftiger Sonnenhitze will Explorat nun die $2^1/_2$ Stunden Wegs nach K. marschirt sein, wo er sehr ermattet vor Hitze, ganz erschöpft von der ungewohnten Fusswanderung etwa um $4^3/_4$ ankam. Er spürte heftigen Kopfdruck und Schmerz. Es liess ihn nicht im dumpfen Gastzimmer, er schlenderte mehrere Stunden lang in K. umher, da es ihm unbehaglich war, und trank da und dort ein Glas Bier. Schon für die späten Nachmittagsstunden erscheint sein Bewusstsein getrübt, insofern er sich nicht zu erinnern weiss, wo überall er herumging; dunkel weiss er nur noch, dass er in einem Gasthause am Marktplatz einkehrte.

Wie und wann er in den Gasthof, in welchem er abgestiegen war, zurückkehrte, weiss er nicht. Er weiss nicht, dass und wie er im Gastzimmer verkehrte, was und mit wem er sprach, wie und mit wem er in sein Wohnzimmer kam. Am Morgen des 28. sei

er in seinem Bette erwacht, mit vollständiger Erinnerungslücke für Alles seit der Rückkehr am Abend des 27. im Gasthof Erlebte.

Explorat giebt bereitwillig und prompt auf Kreuz- und Querfragen der Gerichtsärzte, bezüglich der Zeit, welche diese Erinnerungslücke umfasst, Auskunft. Man stösst niemals auf einen Widerspruch und gewinnt die volle Ueberzeugung, dass für die Zeit vom 27. Abends bis zum Morgen des 28. die Erinnerung vollständig mangelt.

Explorat erkennt bereitwillig an, dass die Zeugen die Wahrheit gesprochen, er gesteht freimüthig zu, dass er als sehr klerikal gesinnt, mit den Ansichten und Bestrebungen, wie sie die Geschichte von Kaiser Josef II. berichtet, nicht einverstanden sei, aber wenn er etwas gegen diesen Monarchen gesprochen, so habe er es seiner selbst nicht bewusst gethan. In bewusstem Zustand hätte er sich nicht so ausgesprochen, jedenfalls müsse er jeglichen Animus injuriandi in Abrede stellen.

Er weiss sich nicht zu erklären, wie er in einen derartigen unbewussten Zustand gerathen sei, stellt Berauschung in Abrede, wird ängstlich, als man ihm andeutet, dass jener Zustand mit seiner Nervenkrankheit in Beziehung stehen dürfte, und meint, dann laufe er ja Gefahr abermals in solche Zustände zu gerathen.

Gutachten. Die fehlende Erinnerung des Exploraten für die Erlebnisse am Abend des 27. Juli spricht zu Gunsten der Annahme, dass er sich während der Zeit, welche die Erinnerungslücke umfasst, in einem psychischen Ausnahmszustand befunden habe, in welchem Explorat nicht seiner selbst bewusst dachte und handelte.

Solche Zustände sind wissenschaftlich constatirt und in den verschiedenen Strafgesetzgebungen als Sinnesverwirrung oder Zustände krankhafter Bewusstlosigkeit angeführt. Dass in solchem Zustand Jemand — wenn auch des Selbstbewusstseins verlustig — combinirt denken und handeln kann, ist Thatsache der Erfahrung und aus dem Automatismus des Gehirnlebens und aus Aeusserungen unbewusster geistiger Thätigkeit, wie sie im natürlichen Somnambulismus und im sog. Hypnotismus beobachtet wird, einigermaassen begreiflich. Dass Explorat tempore criminis in einem psychischen Ausnahmezustand sich befunden haben muss, geht schon aus den Zeugenaussagen, die von „Trunkenheit", „im Kopfe nicht ganz richtig" berichten, hervor.

Auch der Umstand, dass Explorat sich auf den Namen des doch jedem Kind bekannten, in der Geschichte verewigten Monarchen nicht gleich erinnern konnte, dass er dann, ohne in heftigem Affect zu sein, seinem Bildungsgrad und seinem in normalem Zustand höchst anständigen Wesen entgegen sich so unziemlich über einen in der Geschichte hochgefeierten Monarchen äusserte, all dies spricht zu Gunsten der Annahme, dass er damals non compos sui gewesen sein mag.

Eine Sinnesverwirrung, sofern sie nicht auf der Höhe eines Affects oder einer Intoxication (Berauschung) entstanden ist, lässt sich immer auf ein schlecht aequilibrirtes (belastetes) oder von einer allgemeinen Nervenkrankheit afficirtes Gehirn begründen. Sie hat jedenfalls eine symptomatische Begründung, wie die transitorische Geistesstörung überhaupt und nöthigt zur Aufsuchung ihrer ursächlichen Bedingungen. Im concreten Fall erscheint es ausser Zweifel, dass eine belastete und wahrscheinlich erblich belastete Persönlichkeit (Abnormitäten der charakterologischen Veranlagung, originäre Anomalie des Geschlechtssinns u. s. w. sprechen dafür), sowie eine constitutionelle Nervenkrankheit (Neurasthenie) im Spiele sind.

Wie bei Epilepsie und Hysterie, so kommen auch bei der Neurasthenie[1]) zuweilen transitorische Störungen des Selbstbewusstseins vor.

Das labile Gleichgewicht der Hirnfunctionen, die abnorm leichte Anspruchsfähigkeit des Gehirns auf Reize aller Art, die äusserst ausgiebige Reaction desselben anlässlich solcher, machen diese Thatsache begreiflich.

Im concreten Fall waren es offenbar gemüthliche Erregung, Sonnenhitze, ein anstrengender und erschöpfender Marsch in Verbindung mit einem relativen Alkoholexcess, die das äusserst empfindliche Organ des Bewusstseins (Gehirnrinde) vermöge temporärer Störungen der Blutvertheilung und der Ernährung ungünstig beeinflussten und damit einen temporären psychischen Ausnahmezustand hervorriefen, welcher sich im Sinne des § 2 des österr. Strafgesetzbuchs als „Sinnesverwirrung“ bezeichnen lässt.

v. Krafft-Ebing.

[1]) Vgl. *v. Krafft*, Irrenfreund 1883. No. 8.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

XIX. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 27. und 28. October 1888 zu Karlsruhe.

Anwesend sind die Herren: Geh.-Rath Dr. *Battlehner*-Karlsruhe, Dr. *Beuckiser*-Karlsruhe, Dr. *Buchholz*-Heidelberg, Dr. *Cramer*-Freiburg, Prof. *Emminghaus*-Freiburg, Dr. *Fischer*-Illenau, Prof. *Fürstner*-Heidelberg, Prof. *Jolly*-Strassburg, Dr. *Kaiser*-Karlsruhe, Dir. Dr. *Karrer*-Klingenmünster, Prof. Dr. *Kirn*-Freiburg, Dr. *Kny*-Strassburg, Dr. *Koeniger*-Heppenheim, Dr. *Landerer*-Göppingen, Dr. *Landerer*-Kennenburg, Dr. *Oster*-Illenau, Prof. *Rieger*-Würzburg, Dr. *Rossknecht*-Weingarten, Dr. *Schermer*-Freiburg, Geh. Hofrath *Schüle*-Illenau, Dr. *Wilser*-Karlsruhe, Med.-Rath Dr. *Wittich*-Heppenheim, Dr. *Zacher*-Stephansfeld.

1. Sitzung am 27. October 1888 Nachmittags 3 Uhr.

Der erste Geschäftsführer Prof. *Fürstner* Heidelberg eröffnet, indem er ein Schreiben des Geh. Hofrath *Schüle* zur Verlesung bringt, in welchem dieser seinen Dank für die ihm zu seinem Jubiläum gewidmete Adresse ausspricht, die Sitzung:

„Die vorjährige Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte hat Herrn Collegen *Fischer* und mich mit der Geschäftsführung für die heutige Zusammenkunft betraut. Wir waren demgemäss darauf bedacht, wissenschaftliches Material herbeizuschaffen, die Herren Collegen zur Discussion desselben einzuladen. Allen denen, die unserer Aufforderung Folge geleistet, spreche ich verbindlichsten Dank aus. Leider weist unser Programm eine klaffende Lücke auf. Wie bisher sollte in demselben Platz finden ein Referat über ein vorher bestimmtes Thema. Herr College *Emminghaus* war so freundlich gewesen, dasselbe zu übernehmen. Die unliebsamen Vorgänge aber, die sich, uns allen unerwartet, an die vorjährige Versammlung schlossen, veranlassten ihn, seine Zusage zurückzuziehen. Gegen die eigenthümliche Deutung, die ein Theil der damaligen Discussion seitens eines der Versammlung zufällig anwohnenden Gastes erfahren, hat der damalige Vorsitzende Herr Geheimrath *Ludwig* bereits Protest erhoben. Ich halte es auch nicht für angezeigt, diese wenig erfreuliche Angelegenheit von neuem

zu erörtern, um so weniger, als die damals von allen Seiten bekämpfte und als nicht im Interesse einer humanen Irrenfürsorge gelegen erachtete Maassregel, die regelmässige Mitwirkung der Staatsärzte bei Aufnahmen, inzwischen auch den psychiatrischen Kliniken Badens auferlegt worden ist. Nur einer Auffassung des Gastes gegenüber möchte ich als Geschäftsführer mit meiner Ansicht nicht zurückhalten, der Auffassung, dass in diesem Kreise von Fachgenossen, die sich lediglich versammeln, um in ungezwungenem Gedankenaustausch zu erörtern, was unser Fach fördern und unseren Kranken nützen könnte, Gästen nicht gestattet sein sollte, sich an der Discussion zu betheiligen, dass sie befürchten müssten, dass wegen Mangels an Volubilität der Rede der Inhalt derselben nicht gewürdigt würde. So wenig ich mir denken kann, dass aus diesem Grunde einer der anwesenden Collegen im Vorjahre mit einer abweichenden Ansicht zurückgehalten, so wenig möchte ich wünschen, dass, ein Novum in einer wissenschaftlichen Versammlung, Gästen das Wort verboten würde. Ich glaube vielmehr, dass der Vorsitzende für die heutige Versammlung, den ich Sie nun zu wählen bitte, mit mir und Ihnen Allen die Ansicht theilen wird, dass unsere Besprechungen, von rein sachlichem Interesse getragen, nur gewinnen können, wenn möglichst zahlreiche Beiträge dazu geliefert werden.

Zum Vorsitzenden wird gewählt: Herr Prof. *Jolly*. Schriftführer: Dr. *Buchholz*, Dr. *Kny*.

Jolly-Strassburg, Ueber Behandlung der Manie mit Opium.

Von den zahlreichen Indicationen, welche früher für die Opiumbehandlung von Geisteskranken aufgestellt wurden, sind nur wenige übrig geblieben. Am Bemerkenswerthesten ist hierunter die durch die Autorität von *Nasse* gestützte Indication der Anwendung des Opiums bei sogenannter chronischer Manie. Die Bezeichnung „chronisch“ ist allerdings für die Fälle, welche *Nasse* im Auge hat, nicht ganz zutreffend. Richtiger ist die auch von *Nasse* selbst gebrauchte Bezeichnung protrahirte Manie. Es handelt sich nämlich dabei wesentlich um die Gegenüberstellung der späteren Stadien der gewöhnlichen Formen acuter Manie gegen die Anfangsstadien derselben; während in den letzteren, die sich durch tiefere Benommenheit und Verwirrtheit, gewöhnlich auch durch vasomotorische und sonstige nervöse Störungen auszeichnen, die Anwendung des Opiums von *Nasse* wie auch von den meisten anderen Autoren verworfen wird, soll sie für die späteren Stadien sich empfehlen, in welchen die Erscheinungen der reinen Manie (Ideenflucht, Bewegungsdrang) vorzugsweise hervortreten, in welchen es sich also wesentlich noch um eigentliche regulatorische Störung handelt. *Nasse* hat in der Regel bei einer Krankheitsdauer von 4—7 Monaten die Opiumbehandlung begonnen.

Unter ähnlichen Umständen hat der Vortragende wiederholt günstige Erfahrungen gewonnen und zur genaueren Feststellung der Wirkung wurde

nun in den letzten Jahren in 15 geeignet erscheinenden Fällen die Opiumbehandlung eingeleitet. Auch hier wurde in der Regel nach 4—7 monatlicher Dauer mit der Darreichung des Opiums begonnen, gelegentlich auch etwas früher, da es nicht sowohl auf eine bestimmte Krankheits*dauer* als vielmehr auf ein bestimmtes *Stadium* anzukommen schien. Es wurde in der Regel mit 3×10 Tropfen Opiumtinctur pro die begonnen und bis zu 3×40 Tropfen gestiegen (ganz ausnahmsweise auf 3×45).

Von unangenehmen Nebenwirkungen wurde gelegentlich Verminderung des Appetits und Erbrechen beobachtet, was bei Abnahme der Dosis wieder verschwand. Ebenso die in einzelnen Fällen bei grösseren Dosen eintretende Somnolenz. In einem Falle nöthigte die eintretende Cyanose mit Aussetzen des Pulses und Unregelmässigkeit der Herzaction zum Weglassen des Mittels.

Die hypnotische Wirkung, die durch das Opium erzielt wird, trat in der Regel auch bei Erreichung der grossen Dosen nicht am Tage ein, sondern zeigte sich so, dass die bis dahin schlaflosen Kranken nun in der Nacht in ruhigen anhaltenden Schlaf verfielen.

Die bemerkenswertheste Erscheinung jedoch, die unter den angegebenen Umständen sehr häufig eintritt, ist der Nachlass der regulatorischen Störung, somit eine Wirkung auf die eigentliche Krankheit selbst. Die Ideenflucht wird geringer, die Kranken finden Zeit zur Sammlung, zeigen mehr Einsicht, erkennen ihre Umgebung und werden motorisch ruhiger. Diese Wirkung tritt in der Regel ziemlich bald schon bei Erreichung von mittleren Dosen hervor, sie tritt zurück, wenn die Dosis vermindert oder Gewöhnung an dieselbe eingetreten ist und lässt sich bei weiterer Steigerung der Dosis wieder hervorrufen. Sie wurde in der Mehrzahl der Fälle beobachtet, nämlich bei 10 von den 15, also bei $^2/_3$ der behandelten Kranken. Von den 5 Fällen, in welchen sie nicht eintrat, konnte dies 2 Mal darauf bezogen werden, dass das Opium wegen unangenehmer Nebenwirkungen frühzeitig ausgesetzt werden musste. Worauf in den 3 übrigen Fällen das Ausbleiben der Wirkung beruhte, war nicht zu ermitteln; in einem dieser Fälle handelte es sich um Puerperalmanie, wobei der ganzen Sachlage nach ein Erfolg hätte eintreten müssen. Es trat in diesem Fall auch nachträglich nach Aussetzen des Opiums, nach mehr als einjähriger Dauer der Krankheit, noch Genesung ein.

Nach alledem kann als erstes Resultat festgestellt werden, dass in der entschiedenen Mehrzahl der Fälle durch Anwendung des Opiums die regulatorische Störung der Manie vermindert wird bis zum vollständigen Nachlass derselben, dass aber in einzelnen Fällen aus bis jetzt unbekannten Gründen diese Wirkung ausbleibt.

Was dann ferner den Gesammtverlauf der Fälle betrifft, so war eine günstige Wirkung jedenfalls nicht in gleich hervorragender Weise zu constatiren, indem nur bei 5 von den 15 Kranken, also bei $^1/_3$, definitive Genesung eintrat. Ausserdem trat bei 2 weiteren Kranken einige Zeit nach

Aussetzen der Behandlung, also jedenfalls unabhängig von derselben, Genesung ein.

Nasse sah von 76 Fällen 22 genesen. Ein endgültiges Urtheil über die Bedeutung dieser Zahlen würde jedoch nur zu gewinnen sein, wenn man in der Lage wäre, eine Reihe von ganz gleichartigen, ohne jede Behandlung gelassenen Fällen zum Vergleiche heranzuziehen, was aus naheliegenden Gründen nicht leicht zu erreichen ist.

Was schliesslich die Ursache der beobachteten Opiumwirkungen betrifft, so möchte der Vortragende dieselben nicht sowohl in dem gewöhnlich betonten aber in sehr verschiedenem Sinne beurtheilten Einflusse des Mittels auf die Weite der Gehirngefässe suchen, als vielmehr in einem directen Einflusse auf die vorhandene Grosshirnerregung, wofür ihm die directe Wirkung auf die regulatorische Störung zu sprechen scheint.

Discussion:

Wittich fragt an, ob der Vortragende eine Erfahrung in der Richtung gemacht habe, dass bezüglich des Geschlechts sich ein Unterschied in der Wirkung des Opiums gezeigt hätte. Ihm selbst sei bei einer gewissen Zahl von Kranken, die mit Opium bis zu 1,0 pro die behandelt wurden, aufgefallen, dass

1) die Erfolge bei Frauen günstiger waren,

2) speciell die grossen Dosen von Frauen besser ertragen wurden.

Jolly hat das Opium bei Frauen auch mehr angewendet, weil überhaupt mehr Frauen maniakalisch werden. Dass Frauen das Opium auch besser vertragen, hat er nicht constatiren können.

Zacher erkundigt sich, ob der Vortragende als Nebenwirkung des Opiums stärkere Verdauungsbeschwerden, speciell starke Durchfälle, die zur Aussetzung des Mittels gezwungen hätten, beobachtet habe. Er selbst habe öfters diese Beobachtung gemacht.

Jolly hat auch hie und da Durchfälle gesehen, doch nie in solchem Maasse, dass sie zum Aussetzen des Opiums gezwungen hätten.

Fürstner. Die günstigen Erfolge, welche Herr College *Jolly* mit der Opiumbehandlung, die Dosis allmälig gesteigert, erreicht hat, konnte auch ich in einer Reihe von Fällen verzeichnen, namentlich bei Maniakalischen, bei denen die Psychose chronisch zu werden drohte. Wir sind in der Dosirung bis auf 200 Tropfen pro die gestiegen ohne Nachtheile für die Kranken, ich möchte sogar besonders hervorheben, dass bei dieser Therapie der Ernährungszustand einzelner Patienten sich sogar hebt. Sodann möchte ich noch auf eine Beobachtung hinweisen, die dafür spricht, dass gewisse Kranke in anderer Weise auf das Medicament reagiren, als wir dies bei Gesunden gewohnt sind. Eine Kranke, welche über 150 Tropfen Tinctur pro die nahm, verweigerte plötzlich für mehrere Tage jede Nahrung, und es war ihr auch in Folge der Abstinenz das Medicament nicht beizubringen. Trotz langer Gewöhnung an dasselbe traten keinerlei Er-

scheinungen der Entziehung auf, namentlich kein Collaps, keine Pulsveränderung. Wir haben uns nicht nur von der regulatorischen Wirkung des Medicaments überzeugen können, sondern glauben auch in einzelnen fast verzweifelten Fällen Heilerfolge auf dasselbe zurückführen zu dürfen."

Dr. *Zacher*-Stephansfeld: Seltener Befund an einem Idiotengehirn.

Zacher berichtet unter Vorzeigung von Präparaten über einen interessanten Hirnbefund, den er bei einer 42jährigen Idiotin erhoben hatte. Die betreffende Kranke war nach einer Hirnerkrankung im achten Lebensjahre epileptisch und idiotisch geworden; ausserdem hatte sich eine rechtsseitige Lähmung mit Contractur bei derselben eingestellt. Im Gehirn fand sich bei normaler Configuration der Windungen in der 1. und 2. linken Stirnwindung je eine Höhle, die mit klarer seröser Flüssigkeit angefüllt war. Daneben machte sich in der 2. Stirnwindung resp. in dem zu derselben gehörigen Stabkranze und zwar am vorderen Ende der Höhle, von derselben aber noch durch verödetes Gewebe getrennt, ein osteoider Tumor bemerkbar, der mit seiner unteren resp. inneren Fläche etwas in den Seitenventrikel hineinragte. Von dem mikroskopischen Befunde sei hier nur erwähnt, dass einzelne der demonstrirten Präparate das Vorhandensein eines innerhalb der Markleiste verlaufenden, offenbar selbständigen Faserbündels (*Meynert*'sches Associationsfaserbündel) deutlich erkennen liessen.

Discussion:

Fürstner findet die Heranziehung der Syringomyelie durchaus am Platz, es scheine ihm aber, dass der Befund des Collegen *Zacher* noch mehr erinnert an die von ihm beschriebene Gliose und Höhlenbildung in der Hirnrinde. Hier wurde nachgewiesen, dass die Wucherung ausging von der äusseren Schicht, der Deckschicht, dass bald ein Tumor nach aussen, bald nach dem Innern der Rinde zu wuchere und in diesem Höhlenbildung zur Entwickelung gelange. Ein weiterer Prädilectionsort für diese Wucherungen dürfte nach den Befunden *Zacher*'s die Markleiste sein; dass das derbe, fibröse Gewebe schliesslich in osteoides und in Knochengewebe umgebildet werde, sei wohl erklärlich.

Zacher wendet dagegen, unter Hinweis auf den mikroskopischen Befund ein, dass das Bild der Gliose in einem frühen Stadium ein ganz anderes sei als das in dem vorliegenden Falle.

(Der Vortrag wird später ausführlich publicirt werden.)

Dr. *Landerer*-Göppingen: Erfahrungen über landwirthschaftliche Beschäftigung Geisteskranker und Irrencolonien insbesondere.

Landerer berichtet nach einem kurzen Ueberblick über die Entwickelung der Anstalten mit landwirthschaftlichem Betriebe über seine Erfah-

rungen auf diesem Gebiete. Die Frage, ob die geschlossene Anstalt oder die vollkommen freie Colonie die beste Art der Unterbringung Geisteskranker sei, hält der Vortragende für müssig, da nur eine Vereinigung der Colonie mit einer geschlossenen Anstalt allen Anforderungen genügen könnte.

In dieser Weise sei der Betrieb in Göppingen geregelt. Von den Kranken sei ein Theil in der geschlossenen Anstalt, ein kleinerer, circa 40 Köpfe starker, in der 10 Minuten von der Anstalt gelegenen Colonie untergebracht. Was die Art der Beschäftigung anbetrifft, so sei es durchaus nothwendig, dieselbe dem einzelnen Kranken anzupassen, sie derartig einzurichten, dass der Kranke den Endzweck derselben erkennen und so Lust und Liebe an der Arbeit gewinnen könne.

Von den Kranken, die in der Anstalt untergebracht seien, gehe ein Theil in kleineren Trupps unter Leitung von Wärtern auf's Feld, würden also andauernd bei ihrer Arbeit beaufsichtigt. Der andere Theil geniesse eine grössere Freiheit, indem diese Kranken des Morgens die Anstalt verlassen, ohne jede Aufsicht ihrer Arbeit nachgehen und nur zu den Mahlzeiten und zur Nacht in die Anstalt zurückkehren. Die III. Klasse von Arbeitern stellen die Kranken der Colonie, die ganz frei ihrer Arbeit nachgehen.

Was die sonstigen Einrichtungen der Colonie anbetrifft, so sei es wichtig, dass dieselbe in der Nähe der geschlossenen Anstalt liege und so anhaltend mit dieser in einem gewissen Connex bleibe; dass ein Arzt in der Colonie wohne, sei nicht nothwendig, vielleicht sogar störend; es genüge vollkommen, wenn der Arzt täglich dort eine Visite mache zur Mittagszeit, wo sämmtliche Kranke in der Colonie anwesend seien.

Discussion: *Fürstner* bittet um Auskunft, wie sich die zweite Kategorie von Kranken (die Nachts in der geschlossenen Anstalt bleiben, Tag über ohne jede Aufsicht ihrer Beschäftigung nachgehen) stellt. Ferner wie hoch sich der Procentsatz der Arbeitenden stelle, wie hoch die Arbeitskraft des Einzelnen zu bemessen sei. Weiterhin, ob nicht der Besuch der Colonien Seitens des Arztes am Morgen, bevor die Kranken an die Arbeit gehen, der Mittagsvisite vorzuziehen sei. Ausserdem weist *F.* darauf hin, dass es auch für die Kliniken durchaus wünschenswerth sei, dass sie dem Kranken die Möglichkeit, einer ihm zusagenden Arbeit nachzugehen, geben.

Landerer erwidert, dass die Arbeitskraft der Colonisten eine viel geringere sei, als man im Allgemeinen glaube. Zu Störungen hätten die Kranken der zweiten Kategorie niemals Veranlassung gegeben; sie verblieben Nachtüber in der geschlossenen Anstalt, Morgens verlassen sie dieselbe und gehen mit den Kranken der ersten Kategorie resp. den Colonisten an ihre Arbeit, um zum Abend in die geschlossene Anstalt zurückzukehren. Die tägliche Mittagsvisite hätte sich als practisch erwiesen, weil dann alle Kranken beisammen wären.

Zacher: Eine Morgenvisite bevor die Arbeiter auf's Feld gingen, sei eine kaum erfüllbare Aufgabe für den Arzt, da er dann im Sommer, speciell zur Erntezeit, bereits in der Nacht um 2 oder 3 Uhr Visite machen müsste. Er glaube, so weit müsse man sich auf das Personal verlassen können, dass dieses Veränderungen in dem Befinden der Kranken rechtzeitig bemerke.

II. Sitzung am 28. October 1888, Vormittags 9 Uhr. Vorsitzender Prof. *Emminghaus*.

Der Vorsitzende beantragt die nächste Versammlung erst nach 2 Jahren stattfinden zu lassen, da für das nächste Jahr die Naturforscherversammlung in Heidelberg, mithin im Bereiche des Vereins tagen würde, welcher Antrag angenommen wird. Zu Geschäftsführern für die nächste Versammlung werden *Schüle*-Illenau und *Karrer*-Klingenmünster gewählt.

Dr. *Buchholz*-Klingenmünster: Ueber Muskelveränderungen bei Psychosen.

Buchholz berichtet über 2 Fälle von acutem Delirium, das sich auf dem Boden von acuter hallucinatorischer Verworrenheit entwickelt hatte. Bei der Obduction fand sich bei beiden Kranken Decubitus, starke Sugillationen, Fettembolie der Lungen, Pachymeningitis externa adhaesiva. Die mikroskopische Untersuchung ergab weitverbreitete wachsartige Degeneration der Musculatur, keine nachweisbaren Veränderungen innerhalb des Gehirns: Im Rückenmark der einen Patientin konnte Leptomeningitis und eine sehr geringgradige Randmyelitis nachgewiesen werden. Das Rückenmark der anderen Kranken zeigte neben den ebengenannten Veränderungen noch eine eigenartige der hyalinen Degeneration nahestehende Erkrankung einzelner Gefässe besonders der Hinterstränge und eine anormale Lagerung und Vertheilung der weissen und grauen Substanz, die ihre stärksten Grade im unteren Brustmark erreichte. (Demonstration von Zeichnungen und Präparaten.) *B.* führt diese Anomalien auf abnorme Anlage und Entwickelung, wie sie ja auch sonst häufig bei hereditär belasteten Individuen neben anderen Stigmatis hereditariis gefunden werden, resp. auf alte pathologische Veränderungen (Leptomeningitis und Randmyelitis) zurück, die mit der acuten zu Tode führenden Erkrankung nichts zu thun haben, während er in der Erkrankung der Musculatur einen direct mit dieser Erkrankung in Zusammenhang stehenden Process sieht.

Discussion:

Schüle fragt an, ob noch bei sonstigen Formen von Geisteskrankheit die Musculatur untersucht ist. Er erinnert sich an einen Fall von Paralyse, wo eine Ruptur im Rectus abdominis, beruhend auf wachsartiger Degeneration vorhanden war.

Buchholz hat auch bei Paralytikern die Musculatur durchsucht, bis jetzt

aber wachsartige Degeneration nicht gefunden, wohl aber andere Veränderungen: Verschmälerung der einzelnen Fasern, auffallenden Kernreichthum, hin und wieder Kernzellen.

Jolly fragt an, in welcher Ausbreitung die Veränderung in den Muskeln bestanden habe, und ob *Buchholz* sie für pathognomonisch gerade für derartige acute hallucinatorische Verwirrtheit halte.

Buchholz erwidert, dass die Recti abdominis, Schenkeladductoren, Biceps brachii und ein Pectoralis und Gastrocnemius untersucht sind. Ein wesentlicher Unterschied in der Stärke der Erkrankung der einzelnen Muskeln habe sich nicht gezeigt. Auf die zweite Frage erwidert *B.*, dass nach den bisherigen Untersuchungen das Vorkommen der wachsartigen Degeneration nicht ausschliesslich für die acute hallucinatorische Verworrenheit resp. das acute Delirium in Anspruch genommen werden dürfe, sondern auch bei anderen acuten Erregungszuständen zur Beobachtung kommen könne.

Zacher erkundigt sich, ob die Herzmusculatur untersucht sei, worauf *Buchholz* antwortet, es sei nur eine leichte Trübung zu finden gewesen, sonst Nichts.

Emminghaus hebt hervor, dass der zweite Fall von *Buchholz* einen neuen, besonders von klinischen Lehrern freudig begrüssten Beitrag zu der zuerst von *Schultze* betonten Thatsache beibringe, dass bei erblich belasteten Individuen Heterotopie und sonstige Bildungsanomalien im Rückenmark vorkommen.

Kny-Strassburg, Therapeutische Wirkungen des Hyoscins.

Kny giebt in kurzen Zügen ein Bild der mit dem Hyoscinum muriaticum in der psychiatrischen Klinik zu Strassburg gewonnenen Resultate.

1) Die mit dem Hyoscin in subcutaner Injection an 23 Patienten angestellten Versuche (über 500 Einzeldosen) lieferten recht günstige Resultate. Doch traten bei 6 von 23 Patienten so unangenehme Nebenerscheinungen hervor, dass der therapeutische Effect geradezu in Frage gestellt wurde. Es wurde deswegen weiterhin

2) das Hyoscin in innerlicher Darreichung versucht, und zwar wurden an 88 Patienten, die mit verschiedenen Psychosen behaftet waren, circa 3000 Einzelversuche angestellt. Resultate noch etwas besser wie bei Injection. Dosen: pro dosi höchstens 2, pro die höchstens 3 mmg allmälig steigend zu erreichen. Unangenehme Nebenerscheinungen höheren Grades nur bei einer 72jährigen senilen Demenz, geringeren Grades bei noch 2 Patienten. Alteration der Herzthätigkeit auch bei einer Aorteninsufficienz nicht zu constatiren. — Beste Erfolge bei Psychosen mit starker Erregung, recht günstige Resultate bei Delirien und hallucinatorischen Zuständen; relativ die meisten Misserfolge bei einfacher Schlaflosigkeit ohne Erregung und ohne Sinnestäuschungen. — Nachtheil: Gewöhnung tritt mit der Zeit ein. — Vorzüge des Hyoscins: 1) Leichte Löslichkeit und absolute

Geschmacklosigkeit. 2) Herabsetzung der Speichel- und Schweisssecretion. 3) Bei den kleinen Dosen grosse Billigkeit. Dispensirung am besten in Lösung; in Pillen unsicher und nicht ungefährlich. Vergleichende Versuche mit anderen Schlafmitteln fielen bei aufgeregten Geisteskranken im Ganzen zu Gunsten des Hyoscins aus; und zwar 1) oft noch beruhigende Nachwirkung, 2) Geschmacklosigkeit. Chloral, Amylenhydrat, Paraldehyd haben einen mehr oder minder unangenehmen Geschmack, auch Sulfonal Bayer hat einen bitteren Nachgeschmack, der bei misstrauischen Kranken unbequem werden kann. Anhangsweise giebt *K.* noch einen kurzen Ueberblick über die Resultate mit Hyoscin intern an einigen Nervenkranken. Dosen 0,4—0,8 mmg pro die in Pillen oder besser in Lösung.

1) Dauernde Erfolge: bei 1 Schreibekrampf, 2 Fällen von multipler Sclerose (das lästige Intentionszittern hier dauernd erheblich gebessert), 2 Fällen von alkoholischem Tremor und Schweiss. 2) Palliative Erfolge: bei 1 Paralysis agitans, 3 multiplen Sclerosen (in obigem Sinne), 2 Compressionsmyelitiden mit äusserst quälenden unwillkürlichen Muskelkrämpfen. 3) Negative Erfolge: in einem Falle von schmerzhaften Muskelkrämpfen (Hyoscin absolut nicht vertragen, Verdauungsbeschwerden), 1 nervösem Asthma, 1 chronischer Chorea.

Kirn nimmt in der Discussion das Sulfonal gegen die Beschuldigung, dass es nicht geschmacklos sei, in Schutz, indem er sich auf die Mittheilungen von *Kast* stützt, der eine derartige Erfahrung bisher nicht gemacht habe.

Weiterhin fragt *K.* an, ob Hyoscininjectionen keine Reizerscheinungen hervorgerufen haben, was von *Kny* verneint wird.

Zacher hat als Nebenwirkung bei der Hyoscintherapie gewisse schwere Verdauungsstörungen beobachtet und erkundigt sich, ob der Vortragende ähnliche Erfahrungen gemacht habe, und ob die Medication von Hyoscin bestehenden Speichelfluss günstig beeinflusst habe.

Kny antwortet auf die erste Frage, dass er, wie auch im Vortrage erwähnt, bei einem Nervenkranken Verdauungsbeschwerden nach Hyoscingebrauch beobachtet habe, dass er sonst aber nur vorübergehende Diarrhöen ohne Abnahme des Appetits habe constatiren können. Die zweite Frage, ob das Hyoscin bei Speichelfluss günstig wirke, bejaht *K.*

Jolly bestätigt, dass das Bayer'sche Sulfonal einen Nachgeschmack habe, und auch *Cramer* giebt zu, dass sich bei Bayer'schem Sulfonal hin und wieder ein Nachgeschmack finden könne, den er auf Verschiedenheiten des Präparats zurückführt.

Emminghaus: Wenn Niemand mehr das Wort zu dem Vortrage des Herrn Collegen *Kny* zu ergreifen wünscht, möchte ich mir noch einige Bemerkungen erlauben. Der Herr Vortragende hat erwähnt, dass *Conrad* in Hermannstadt vor der Anwendung des Hyoscins bei Herzkranken gewarnt habe. Die Beobachtung des Herrn Vortragenden, dass bei einer Aorten-

insufficienz Hyoscin ohne Schaden gereicht wurde, möchte doch wohl nicht ganz als Beweis für die Unschädlichkeit des Mittels bei Herzkranken schlechthin angeführt werden dürfen. Denn die Aorteninsufficienz ist mit ihrer starken Hypertrophie des Herzmuskels gerade den bei unseren Kranken so sehr häufigen Herzaffectionen unvergleichbar. Diese sind braune Atrophie des Herzmuskels, Fettherz und Kranzarterienatherom, welches letztere oft auch Atrophie des Herzmuskels bewirkt. Es handelt sich also um Herzkrankheiten, welchen Verminderung der contractilen Elemente des Muskels entspricht, während bei der die Aorteninsufficienz begleitenden Hypertrophie Vermehrung dieser Elemente stattfindet. Die genannten Herzaffectionen sind freilich nicht leicht zu diagnosticiren, aber doch zu vermuthen. Schwäche bis Fehlen des Spitzenstosses auch in linker Seitenlage ist im Allgemeinen für dieselben ziemlich charakteristisch, für die braune Atrophie die Tachycardie bei Kleinheit des Pulses, für die Fettentartung ebenfalls Kleinheit und weiche Beschaffenheit des Pulses, bei Neigung zur Verlangsamung, für das Kranzarterienatherom Unregelmässigkeit des Pulses bei ebenfalls kleiner Welle. Der Zustand des Herzens bei den Nerven- und Geisteskranken wäre daher wegen der Verminderung der Herztriebkraft eher demjenigen zu vergleichen, welcher gewissen Formen der Mitralstenose eigenthümlich ist. Entscheidend bei dem Versuche narcotische, das Herz beeinflussende Substanzen anzuwenden, muss sein die Abschätzung der contractilen Elemente im Herzmuskel. (Eine Erfahrung von *Kundry* in Helsingfors, welche in *Erlenmeyer*'s Centralblatt 1883 veröffentlicht ist, mag zur Warnung dienen.)

Jolly erwähnt, dass seine Erfahrungen nicht dahin gingen, dass sich bei Geisteskranken ein höherer Procentsatz von Herzkranken finde als bei anderen Spitalinsassen, und regt die Frage an, ob die von *Emminghaus* beobachtete Häufigkeit der Herzkrankheiten nicht durch locale Verhältnisse bedingt sein könnte, was von *Emminghaus* zugegeben wird.

Schüle erkundigt sich, wie lange man Hyoscin fortgeben könne und ob eine Angewöhnung an dieses Mittel zur Beobachtung gekommen sei, worauf *Kny* erwidert, dass er das Mittel je nach der Individualität des betreffenden Falles sehr verschieden lange, bisweilen Monate lang, angewendet habe, bis es als wirkungslos ausgesetzt werden musste. Die zweite Frage beantwortet *K.* mit ja.

Schüle fragt, ob das Hyoscin dem Hyosciamin ähnliche Erscheinungen hervorrufe, Kratzen im Halse, Erweiterung der Pupillen etc., was *Kny* bejaht, jedoch bei den angewendeten kleinen Dosen nur höchst selten als störend empfunden hat.

Kirn (Freiburg), Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit.

Vortragender spricht sich, im Anschluss an die Verhandlungen des Vereins deutscher Irrenärzte, für die Einführung beziehungsweise Wieder-

einführung der geminderten Zurechnungsfähigkeit aus. Er stellt sich dabei, indem er die wesentlich auf juristischem Gebiete liegenden theoretischen Erörterungen über diese Frage unberührt lässt, nur auf den practischen Standpunkt.

Die alltägliche Erfahrung belehrt uns, dass bei dem Mangel einer scharfen Grenzlinie zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit, eine grosse Zahl von Menschen vor dem Richterstuhl erscheint, welche weder geistig völlig frei, noch völlig unfrei sind — somit im Sinne des Richters weder ganz zurechnungsfähig noch unzurechnungsfähig. Nur durch die Annahme einer geminderten Zurechnungsfähigkeit kann die Strafrechtspflege solchen Individuen gerecht werden.

Die gesetzlich zulässige Annahme mildernder Umstände vermag den bestehenden Mangel nicht auszugleichen, indem solche nur bei der Minderzahl der Verbrechen statthaft und gerade bei den kapitalen Verbrechen ausgeschlossen ist.

Um eine Aenderung in dieser Richtung anzubahnen, hat der Verein deutscher Irrenärzte bei seiner letzten Sitzung die Anregung gegeben, Material zu sammeln, welches als Grundlage für ein weiteres Vorgehen dienen könnte.

Vortragender will dieser Aufforderung Folge leisten, indem er seine in einer grossen, centralen Strafanstalt gemachten Beobachtungen in Bezug auf den fraglichen Punkt mittheilt. Er ist zu dem Resultat gekommen, dass in gerichtlichem Sinne vollkommen unzurechnungsfähig Wenige, dagegen solche, welche in gleichem Sinne als gemindert zurechnungsfähig erachtet werden müssten, verhältnissmässig Viele mit Strafen belegt werden. Es handelt sich um Menschen, welche unter irgend welchen psycho-pathologischen Bedingungen stehen, die von mehr oder minder grossem Einflusse bei ihren verbrecherischen Handlungen waren, bald um Schwächezustände im Gebiete der Intelligenz oder des sittlichen Gefühles, bald um abnorm starke Affecte.

Die hier in Betracht kommenden Strafthaten sind in erster Linie Sittlichkeitsdelicte der verschiedensten Art, am meisten solche mit Kindern, in zweiter Reihe stehen Verbalinjurien (Ehrenkränkungen, Verläumdungen etc.), in dritter thätliche Angriffe (Körperverletzungen etc.), in vierter Todtschlag und Mord, gegenüber welchen andere Strafthaten verhältnissmässig selten unter den fraglichen Gesichtspunkt fallen.

Die krankhaften Zustände, unter deren Einflüssen am häufigsten solche Delicte begangen werden, welche vor dem Forum als gemindert zurechnungsfähig erachtet werden sollten, sind besonders der angeborene und der erworbene geistige und sittliche Schwachsinn, die verschiedenartigen geistigen Entartungszustände in Folge von Epilepsie, Kopftrauma und Alcoholismus, die Dementia senilis und ihr verwandte pathologische Zustände in ihrem ersten Stadium.

Vortragender theilt eine grosse Zahl hierher gehöriger klinischer Beob-

achtungen in summarischer Weise mit. (Der Vortrag wird demnächst in extenso publicirt werden.)

Discussion.

Schüle giebt im Anschluss an den *Kirn*'schen Vortrag ein Résumé über die auf der Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte über diesen Gegenstand stattgehabte Discussion.

Jolly will bei dieser Gelegenheit constatiren, dass er die auf der Bonner Versammlung vorgebrachten Argumente gegen die Aufnahme der verminderten Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetz für nicht zutreffend halte. Er behält sich vor auf die Frage ausführlich zurückzukommen, wenn der officielle Bericht über jene Versammlung erschienen sein wird.

Emminghaus: Ich habe dieser Tage vor dem Schwurgericht einen Fall zu begutachten gehabt, der in die Kategorie gehört, von welcher eben die Rede ist. Es handelte sich um Tödtung im Affect. Der Erschlagene, ein Onkel des Thäters, war mindestens psychisch abnorm, ein Processkrämer, welcher den Thäter schon 30 Jahre lang die fatalsten Dinge angezettelt, ihn widerholt verklagt hatte u. s. w.

Die Mutter des Angeklagten war geisteskrank gestorben, ebenso eine Schwester derselben. Der Erschlagene war der Bruder der Mutter. Man hatte also in der Familie 2 Fälle von Geisteskrankheit und einen Fall von schwerer Charakterabnormität. Ausser dieser Belastung der Familie, die sich auch bei dem Thäter in Absonderlichkeit seiner Ideen ohne greifbare Symptome von Geisteskrankheit zu erkennen gab, war derselbe noch mit einer alten Krankheit des Mittelohres auf der linken Seite (er war Rechtshänder) behaftet, welche noch fast anhaltende Beschwerden ausschliesslich in der linken Kopfhälfte unterhielt. Diese Momente, die Belastung und die Affection des linken Ohres hätten die Annahme mildernder Umstände möglich gemacht, wenn solche eben bei Mord gesetzlich zulässig wären. Der Staatsanwalt beantragte daher selbst, dass der Thäter des Todtschlages schuldig gesprochen wurde, was auch geschah.

Genauere Mittheilung dieses Falles behalte ich mir für die in Aussicht genommene Sammlung von Fällen zur Lehre von der geminderten Zurechnungsfähigkeit vor.

Heidelberg und Strassburg, December 1888.

Dr. *Buckholz.* Dr. *Kny.*

41. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 23. Juni 1888.

Anwesend die Mitglieder: *Apfel*, *Behrendt*, *Besser*, *Frank*, *Füth*, *Hertz*, *Kurella*. *Leo*, *Levison*, *Nasse*, *Nötel*, *Oebeke*, *Peretti*, *Ripping*, *Schmitz*, *Schröter*, *Schultz*, *Tigges* und *Umpfenbach*.

Als Gast Herr Dr. *Thomsen* aus Bonn.

Aufgenommen in den Verein wurden die DDr. *Füth*-Bonn, *Kurella*-Ahrweiler, *Buddeberg*-Andernach, *Apfel*-Grafenberg und *Bodet*-Düren.

Zunächst widmete der Vorsitzende dem verstorbenen Mitgliede Dr. *Freusberg* warme Worte des Nachrufes; die Anwesenden ehrten sein Andenken durch Erheben von den Sitzen.

Sodann theilte der Vorsitzende mit, dass der Vorstand der Auflage, eine Eingabe an den Herrn Cultusminister bezüglich des Cocaingebrauchs zu richten, nachgekommen sei, eine Antwort aber noch nicht erhalten habe.

Zuletzt machte er noch die Mittheilung, dass der beschlossenen Gewerbestatistik sich dadurch Schwierigkeiten entgegengestellt hätten, dass im statistischem Amte die diesbezüglichen Zählkarten bis zum Jahre 1880 bereits maculirt seien.

Hierauf folgten die Vorträge:

1) *Leo*, über zwei gerichtsärztliche Gutachten über zweifelhafte Geisteszustände.
2) *Schröter*, über die landwirthschaftliche Colonie bei der Irrenanstalt (cf. diese Zeitschrift Bd. 45, S. 270).
3) *Frank*, über einen Fall von Perlgeschwulst des Gehirns mit Demonstration. (Cf. diese Zeitschrift dieses Heft S. 31.)

Der von *Peretti* angekündigte Vortrag über plötzliche Genesungen wurde wegen vorgerückter Zeit und wegen Dringlichkeit der auf die Tagesordnung gesetzten Discussion über die Ministerial-Verfügung vom 18. Januar cr., betreffend Privat-Irrenanstalten, von der Tagesordnung abgesetzt.

Diese Discussion leitete *Oebeke* ein und formulirte seinen Antrag dahin, der Verein solle den Verein der deutschen Irrenärzte ersuchen, derselbe möge sich mit den preussischen Aerztekammern in Verbindung setzen, um gegen die Ministerial-Verfügung vom 19. Januar 1888 — die Privat-Irrenanstalten betreffend — geeigneten Ortes gemeinsam vorstellig zu werden und in's Besondere den Ausstellungen gegen obige Verfügung dahin Ausdruck zu geben, dass durch dieselben die betreffenden Kranken und deren Familien schwer geschädigt, die Aerzte der Privat-Irrenanstalten und diese Institute selbst in den Augen des Publikums unbegründeter Weise herabgesetzt werden, dass dieselbe durch Aberkennung der Befugniss zur Ausstellung eines „zuverlässigen" ärztlichen Attestes für die Aufnahme in eine Privat-Irrenanstalt eine durch Nichts berechtigte Kränkung der practischen Aerzte enthält und ferner in ihrer practischen Ausführbarkeit zu schweren Bedenken Veranlassung giebt.

O. begründete seinen Antrag etwa folgendermaassen:

Durch eine Ministerial-Verfügung vom 19. Januar d. J. (1888) ist eine neue Regelung der Aufnahme von Kranken in die Privat-Irrenanstalten und deren Beaufsichtigung für Preussen eingeführt worden, welche die Interessen der practischen Aerzte und Irrenärzte einschneidend berührt. Im Jahre 1874 konnte der damalige preussische Kultus-Minister auf äussere Anregung kein Bedürfniss erkennen zu einer anderweitigen gesetzlichen Regelung des Irrenwesens. Die Sache ruhte, bis am 25. September 1885 der Berliner Kreisphysikus Professor Dr. *Falk* in einem Vortrag im Medicinal-Beamten-Verein bei Aufnahme und Revision für Privat- und öffentliche Anstalten die Mitwirkung der Medicinalbeamten verlangte.

Am 13. Januar 1886 erscheint eine Antwort der wissenschaftlichen Deputation an den Kultus-Minister des Inhaltes, dass seit den letzten 11 Jahren (seit dem Bescheide des früheren Kultus-Ministers) keine begründeten Klagen über Privat-Irrenanstalten ungeachtet ihrer zweifellos erheblichen Vermehrung vorlägen; es wird aber eine einheitliche Regelung einzelner Punkte gewünscht, und ein amtsärztliches Zeugniss für die Aufnahme eines Geisteskranken in jedwede Irren-Anstalt, insbesondere aber in eine Privat-Anstalt, für unbedingt erforderlich erachtet, weil die pro physicatu geprüften Aerzte dem Staate allein einige Gewähr für das Vorhandensein psychiatrischer Vorbildung böten.

Durch dieses Rescript veranlasst, fasste der psychiatrische Verein zu Berlin in seinen Sitzungen am 15. December 1886 und in der ad hoc berufenen am 15. Januar 1887 die bekannten vier Beschlüsse. (cf. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Band 44 Heft 1. Seite 124. 1887.)

Trotz diesem Einspruche erschien am 19. Januar 1888 die Ministerial-Verfügung der drei Ministerien des Innern, der Justiz und des Kultus. Diese besagt, „dass die Aufnahme eines Menschen in eine Privat-Irrenanstalt selbst unter dringenden Umständen nicht erfolgen darf, ohne dass die Nothwendigkeit derselben durch ein zuverlässiges ärztliches Attest bescheinigt wird“ (wenn der Kranke nicht etwa bereits entmündigt ist). Zur Ausstellung dieses zuverlässigen Attestes ist lediglich nur der Kreisphysikus oder der pro physicatu geprüfte Kreiswundarzt befugt, sonst Niemand.

Die Anstalt hat dann wie bisher den Kranken bei dem betreffenden Staatsanwalte an- und später wieder abzumelden, ausserdem aber von jetzt an bei der Polizeibehörde des Wohnortes des Kranken unter Einreichung einer Abschrift des Physikats-Zeugnisses und dann noch bei der Polizeibehörde, welcher die Anstalt untersteht, und für diese An- und Abmeldungen von den genannten drei Behörden eine Bescheinigung zu erhalten, so dass über jeden Kranken 14 Schriftstücke unter normalen Verhältnissen vorhanden sind.

Die Ministerial-Verfügung äussert ihre Wirkung nach drei verschiedenen Richtungen. Sie trifft die Kranken, welche in Privatanstalten aufgenommen

werden sollen und in denselben sich befinden, und deren Familien, sodann die practischen Aerzte, welchen das bisherige Recht und die Qualification, ein Zeugniss für eine solche Aufnahme zu schreiben, aberkannt wird, und schliesslich die Aerzte und Besitzer von Privat-Irrenanstalten. — Die meisten Kranken und deren Familien haben den berechtigten Wunsch, dass ihr Eintritt in eine Irrenanstalt möglichst geheim gehalten werde. Muss nun ausser dem Hausarzte der Kreisphysikus noch hinzutreten, den Kranken sehen und untersuchen, so wird dies leicht auffällig werden, und, um dies zu vermeiden, wird man die Uebersiedlung des Kranken in die Anstalt hinausschieben, zu andern Auskunftsmitteln und halben Maassregeln seine Zuflucht nehmen und ihn nach Verlauf von Wochen oder Monaten schliesslich doch in die Irrenanstalt bringen müssen. Von welch' einschneidender Bedeutung und vielfach ausschlaggebender Wichtigkeit aber eine frühzeitige Verbringung in die Anstalt für die Genesung bei frischen Erkrankungen ist, ist von den Irrenärzten häufig und nachdrücklichst betont, von den vorgesetzten Verwaltungsbehörden für die öffentlichen Anstalten durch Gewährung von grossen finanziellen Erleichterungen, wenn die Ueberführung z. B. innerhalb der ersten 6 Monate nach Ausbruch der Krankheit stattfindet, anerkannt worden und beweisen ausserdem die Jahresberichte aller Irrenanstalten, welche über dieses Verhältniss ausdrücklich Kunde geben. Diesen Vortheil, welchen die öffentliche Fürsorge den ärmeren Kranken zuzuwenden bestrebt ist, wird den wohlhabenderen durch die angeordnete Hinzuziehung des Kreisphysikus verkümmert. Ausserdem wird mancher Kranke, den man unter einem Vorwande, um eine Gewaltscene zu vermeiden, zur Abreise von Hause bestimmen konnte, durch den Besuch des Kreisphysikus darauf aufmerksam gemacht, dass es sich um etwas Besonderes bei ihm handele, sein Misstrauen wird wachgerufen, und eine gutwillige Abreise, die der Hausarzt allein zu Stande gebracht hätte, ist nicht mehr zu erreichen, ja der Kranke selbst wird leicht zu Gewaltmaassregeln greifen oder sich heimlich seiner Familie aus krankhaftem Misstrauen enziehen. Zu dieser Maassregel kommt nun noch eine doppelte Anzeige von der Aufnahme des Kranken bei 2 Polizeibehörden, wodurch die manchmal nothwendig gebotene Geheimhaltung der Erkrankung kaum möglich sein dürfte. Und alle diese augenfälligen Uebelstände und manchmal grossen Nachtheile sind die Folge dieser Neuordnung, in deren Eingang ausdrücklich die Wichtigkeit anerkannt wird, „dass solche Geisteskranke, deren Zustand es zu ihrem eigenen Wohle oder mit Rücksicht auf die öffentliche Sicherheit nothwendig oder wünschenswerth macht, mit thunlicher Beschleunigung und ohne Schwierigkeit in derartige Anstalten überführt werden können". Und in ihrem Begründungsschreiben vom 13. Januar 1886 sagt die wissenschaftliche Deputation im Ministerium ausdrücklich: „Es dürfte daher eher als Grundsatz aufzustellen sein, dass die Aufnahme Geisteskranker in eine Anstalt zu erleichtern, anstatt dass sie zu erschweren sei."

Den practischen Aerzten wird durch die neue Ministerial-Verfügung

ein ihnen bisher zustehendes Recht genommen. Sie sind für nicht mehr qualificirt erklärt „ein zuverlässiges" ärztliches Attest darüber auszustellen, dass ein von ihnen behandelter Kranker geisteskrank ist und der Anstaltsbehandlung bedarf. Ihre Kenntniss, ihre Wissenschaft oder ihre Moralität in diesem Punkte wird autoritativ für minderwerthig erklärt, als die der beamteten Aerzte. Welche Veranlassung hierzu vorliegt, ist nicht erfindlich, denn es handelt sich fast ausnahmslos um leicht zu erkennende, selbst dem Laien verständliche psychische Krankheitszustände. Wenn aber die Ministerial-Verfügung den practischen Aerzten in genere eine genügende zuverlässige Moralität zur Ausstellung eines solchen Zeugnisses etwa absprechen wollte, dann wäre um so mehr eine energische Abwehr der Aerzte Pflicht der Selbsterhaltung und Selbstachtung. Dazu kommt, dass eine solche Verordnung ganz gewiss dazu beiträgt einen unerwünschten Antagonismus, eine Dualität zwischen beamteten und nichtbeamteten Aerzten hervorzurufen und zu fördern: eine Erscheinung, welche bisher nicht bestand und deren Aufkommen im Interesse des ärztlichen Standes allseitig nur beklagt werden könnte. Was die Stellung der Privat-Anstaltsärzte zu diesem Erlasse anlangt, so will ich Sie nicht mit einer oratio pro domo in dieser Sache behelligen. Es ist für sie eine der bittersten Erfahrungen in ihrer schweren Arbeit, dass, wo Manche von ihnen sich eines hervorragenden Ansehens bei ihren Kollegen, bei Behörden und Publikum erfreuen, sie nun mit einem Male für die Ausübung ihres ärztlichen Berufes — ich kann es nicht anders bezeichnen — mit ihren Kranken und deren Familien gleichsam unter Polizeiaufsicht gestellt werden. Ein solches Vorgehen der höchsten Landesbehörden trifft sie auf das Demüthigendste, zumal keine Veranlassung dafür angeführt wird und die wissenschaftliche Deputation in dem betreffenden Erlass vom 13. Januar 1886 ausdrücklich anerkennt, dass keine gerechtfertigten Klagen gegen die Privatanstalten in Preussen vorliegen.

Hiernach schädigen die Bestimmungen dieses Ministerial-Erlasses die Kranken, welche eine Privat-Irrenanstalt zu ihrer Behandlung aufzusuchen pflegen und deren Familien, welche meist den besseren Gesellschaftskreisen angehören, sie enthalten ohne Anführung jeden Grundes eine abfällige Beurtheilung der Zuverlässigkeit der practischen Aerzte und sie schmälern die bisherigen Befugnisse derselben und bürden den Aerzten und Inhabern der Privatanstalten Mühewaltungen und die Beobachtung von Sicherheitsmaassregeln auf, deren Tendenz zu einer möglichst ungünstigen Beurtheilung dieser Aerzte geradezu herausfordert.

Discussion. Es sprachen für den Antrag *Oebeke*'s: *Hertz*, *Schröter*, *Nasse*. Gegen den Antrag in seinem ganzen Umfange erklärte sich *Ripping* aus folgenden Gründen:

1) Es gehe in neuerer Zeit ein gemeinsamer Zug durch die Regierungen aller Länder, durch gesetzliche Vorschriften oder Verordnungen die per-

sönliche Freiheit ihrer Unterthanen besonders in Bezug auf die Unterbringung in Irrenanstalten soviel wie möglich zu sichern. Die in Frage kommende Ministerial-Verfügung gehe in dieser Beziehung nicht rigorös vor im Vergleich zu den neueren Irrengesetzen anderer Länder, von denen einige wie z. B. das Holländische geradezu ein Auswuchs jenes Bestrebens genannt werden müsse.

2) Wenn der Minister für die Aufnahme in Privat-Irrenanstalten besondere Vorschriften erlasse, so habe das seinen berechtigten Grund darin, dass nach § 30 der Gewerbe-Ordnung zur Errichtung einer Privat-Irrenanstalt nicht die Qualification eines approbirten Arztes nothwendig sei, sondern dass die Concession zu der Errichtung einer solchen jeder unbescholtenen Person nicht versagt werden könne.

3) Wenn der Minister als Vorbedingung für die Aufnahme eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt die Vorlage eines von einem Physicus oder Kreiswundarzte ausgestellten Gutachtens verlange und dabei motivirend hinzufüge, dass die Nothwendigkeit der Aufnahme durch ein „zuverlässiges" ärztliches Attest bescheinigt werden müsse, so könne darin ein Mistrauen gegen die übrigen practischen Aerzte nicht gefunden werden, da diese im Staatsexamen in der Psychiatrie nicht geprüft seien, mithin für ihr Gutachten einen Anspruch auf besondere Zuverlässigkeit formell nicht erheben könnten, während die pro physicatu geprüften Aerzte die einzigen in der Psychiatrie staatlich irgendwie geprüften Aerzte seien. Anzunehmen, dass durch letztere deshalb zuverlässigere Gutachten wirklich ausgestellt werden würden, liegt freilich kein Grund vor, werde aber auch vom Minister nicht behauptet. Wenn die angeführte Thatsache die Berechtigung zu einem Antrage an den Minister gebe, so sei es nur die, die Psychiatrie als obligatorischen Examinations-Gegenstand in das Staats-Examen einzufügen, damit alle approbirten Aerzte in gleichem Maasse für ihr Gutachten über Geisteskranke die Eigenschaft der Zuverlässigkeit auch formell in Anspruch nehmen könnten.

4) Eine besondere Belästigung, Verzögerung oder Schädigung könne in der in Frage kommenden Forderung bezüglich des Gutachtens nicht gefunden werden, da es Gebiete im Preussischen Staate gebe, z. B. die Provinz Hannover, in denen schon seit langen Jahren selbst für die öffentlichen Irrenanstalten diese Forderung zu Recht bestehe und erfahrungsgemäss keinerlei nachtheilige Folgen herbeigeführt habe, da für dringende Fälle eine unter leichteren Bedingungen eintretende vorläufige Aufnahme gestattet sei.

Die von *Oebeke* bezüglich der angeordneten polizeilichen Anzeigen ausgesprochenen Bedenken theilte *Ripping* vollständig.

Bei der folgenden Abstimmung spricht sich die Majorität dafür aus, den Verein der deutschen Irrenärzte zu ersuchen, mit den Aerztekammern sich in Verbindung zu setzen, um gemeinsam gegen die fragliche Ministerial-Verordnung vorstellig zu werden. *Ripping.*

42. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 21. November 1888.

Anwesend die Herren: *Besser*, *Brie*, *v. Ehrenwall*, *Fabricius*, *Füth*, *Hertz*, *Hoestermann*-Andernach, *Hoestermann*-Boppard, *Levison*, *Pelman*, *Peretti*, *Rosenthal*, *Schmitz*, *Schreiber*, *Schulz*, *Thomsen*, *Tigges*, *Umpfenbach*. Als Gast: *Wirz*-Bonn.

Entschuldigt: *Jehn*, *Nasse*, *Nötel*, *Ripping*, *Schröter*.

An Stelle des durch Krankheit am Erscheinen gehinderten Vorsitzenden Geheimrath *Nasse* eröffnet *Hertz* die Sitzung; er weist darauf hin, dass Geheimrath *Nasse* vor nunmehr 25 Jahren am 6. November 1863 die Directorstelle an der damaligen einzigen Irrenanstalt der Rheinprovinz in Siegburg übernommen hat, und hebt die Verdienste, die derselbe um die rheinische Psychiatrie und speciell auch um den von ihm 1867 mitgegründeten Verein hat, hervor.

Auf seine Veranlassung beschliesst die Versammlung einstimmig, durch eine Deputation, bestehend aus *Hertz*, *Pelman* und *Tigges*, nach der heutigen Sitzung dem Jubilar die Glückwünsche des Vereins aussprechen zu lassen und mit der Anfertigung einer später zu überreichenden Glückwunschadresse *Hertz* und *Pelman* zu beauftragen.

Das Andenken des im Lauf des Sommers verstorbenen Mitgliedes, Geheimrath Professor Dr. *Rühle* ehrt die Versammlung durch Aufstehen von den Sitzen.

Der Vorsitzende fragt an, ob die Versammlung damit einverstanden sei, dass die in der letzten Sitzung bei Besprechung der Ministerialverordnung über die Beaufsichtigung der Privat-Irrenanstalten von *Ripping* vorgebrachte, von den meisten Anwesenden nicht getheilte Ansicht dem Verein der deutschen Irrenärzte zur Kenntnissnahme mitgetheilt werde.

Nach einer Bemerkung *Pelman*'s, dass jede Ansicht und jede Bereicherung des Materials wünschenswerth erscheint, giebt die Versammlung ihre Zustimmung.

Der Vorstand wird durch Acclamation wiedergewählt und Dr. *Thomsen* als Mitglied aufgenommen.

Peretti: Zur Casuistik der plötzlichen Genesungen bei Psychosen.

Trotzdem wir Anstaltsärzte die unserer Obhut anvertrauten Kranken täglich sehen und beobachten, sind wir doch für gewöhnlich nicht in der Lage einen bestimmten Zeitpunkt anzugeben, wann die psychische Störung aufhörte, wann die Reconvalescenz, wann die Genesung einsetzte. Wir sind eben gewöhnt, dass die Wahnideen langsam verblassen, die geistige Klarheit Schritt für Schritt sich ausbildet und die Einsicht erst nach einem schwankenden Hin- und Herkämpfen mit den krankhaften Vorstellungen zum Siege gelangt. Kommt eines Tages ein Kranker an den Arzt heran

und erklärt die noch tags vorher geäusserten Wahnideen für krankhaft, sich selbst plötzlich für gesund, so wird derselbe nur einem grossen Misstrauen in die Aufrichtigkeit seiner Aeusserungen und vielmehr dem Verdachte des Dissimulirens begegnen. Aber selbst für den Fall, dass der Kranke nicht dissimulirt, dass er wirklich sich und bei der Beobachtung auch Anderen als gesund erscheint, so hat der Arzt doch eine Berechtigung zu seinem Zweifel in die Vollständigkeit und Dauerhaftigkeit der Genesung, lehrt uns doch die Erfahrung, wie plötzliches Zurücktreten der psychischen Krankheitserscheinungen gerade bei den Störungen vorkommt, welche anfallsweise auftreten, nämlich den periodischen und bei den sehr acut verlaufenden, die auf epileptischer, hysterischer und alkoholistischer Basis erwachsen, und die bei dem Bestehenbleiben der pathologischen Grundlage mit der grössten Wahrscheinlichkeit Recidive erwarten lassen. Es mag hier erwähnt werden, dass zwei Arten des Irreseins mit raschem Verlauf hinsichtlich der Prognose eine günstige Sonderstellung einnehmen, nämlich die eigentliche transitorische Tobsucht, welche bekanntlich nicht leicht recidivirt und dann die Form von Psychose, welche *v. Krafft-Ebing* als transitorisches Irresein auf neurasthenischer Grundlage bezeichnet und auch in die neueste Auflage seines Lehrbuches aufgenommen hat — ein Krankheitsbild, welches trotz der grossen Aehnlichkeit mit dem transitorischen epileptischen Irresein doch entschieden von diesem zu trennen ist und sich grade bezüglich der Prognose und der Wahrscheinlichkeit der Wiederkehr eines Anfalles günstig von demselben scheidet.

Verhältnissmässig rasche Genesungen sehen wir bei der Form des hallucinatorischen Irreseins, die als acute Verwirrtheit, als acuter Wahnsinn sich in den letzten Jahren in die psychiatrische Nomenclatur eingebürgert hat, aber die nähere Beobachtung lässt auch bei dem oft rapiden Aufhören der Sinnestäuschungen und der Verwirrtheit regelmässig noch eine deutliche Phase erkennen, die erst durch einen Zustand von geistiger Müdigkeit und Benommenheit hindurch langsam in das normale Geistesleben hinüberführt. Es handelt sich also dabei nicht um eine ganz plötzliche Genesung, sondern um rasches Einsetzen einer Besserung.

Beim Durchblättern der ältern Literatur erscheint auf den ersten Blick die Ausbeute in Betreff der Fälle von plötzlichen Genesungen nicht unergiebig, doch sind die Fälle zu kurz und zu anekdotenhaft beschrieben, als dass die Beurtheilung, ob überhaupt die Genesung eine plötzliche und vollständige gewesen ist, möglich wäre. Meistens handelt es sich um die Heilung von einzelnen Wahnideen durch psychische Einwirkungen; *Reil*'s Rhapsodien über die psychische Kurmethode und die Zusammenstellungen in *Friedreich*'s Literargeschichte enthalten eine ganze Menge solcher Geschichten. Die Veröffentlichungen der letzten Jahrzehnte sind spärliche; meines Wissens nur zwei Aufsätze befassen sich mit dem Thema der plötzlichen Genesungen und dies sind derjenige von *Koster*, über den Verlauf des Irreseins (Irrenfreund 1865 p. 65) und derjenige von *Raggi* und *Ber-*

zonzoli im Archivio italiano per le malattie nervose, 1886 novembre. Die Mehrzahl der aufgezählten 11 Fälle sind Melancholien von längerer Dauer. Eine Beobachtung der italienischen Autoren möchte ich vorweg anführen, weil es sich um eine acut verlaufene Psychose handelt; der Beschreibung nach ist der Fall der hallucinatorischen Verwirrtheit zuzuzählen und dadurch besonders auffällig, dass das erste halbstündige Bad in der Anstalt sofort zu einer dauernden Genesung der erst einige Tage dauernden Krankheit führte.

Einen gleichen Vorgang der plötzlichen Genesung nach dem ersten Bade habe ich in Andernach beobachten können und möchte ihn der Seltenheit wegen näher vorbringen, wenn ich mir auch nicht verhehle, dass es sich bei meinem Falle um ein ganz ähnliches Krankheitsbild handelt, wie bei dem *Krafft-Ebing*'schen transitorischen Irresein auf neurasthenischer Basis, und dass das Zusammentreffen des geistigen Klarwerdens mit der Application des Bades ein zufälliges sein konnte.

Der 20jährige Musketier Adolf G. wurde am 19. November 1884 der Provinzial-Irrenanstalt zu Andernach aus dem Militairlazareth zu Coblenz zugeführt; in dem ärztlichen Fragebogen hiess es, die Geistesstörung habe sich vor 3 Tagen dadurch zuerst gezeigt, dass Patient weder dienstlichen Befehlen noch anderen Aufforderungen nachgekommen sei und auf Fragen unzusammenhängende und unverständliche Antworten gegeben hätte; er sei dann tobsüchtig geworden, habe laut geschrieen, gesungen und zwar meistens geistliche Lieder, habe um sich geschlagen, zum Fenster herausspringen wollen, zu beissen versucht, eine Tasse, in der man ihm Chloral gereicht, wirklich zerbissen und mit dem Munde gierig nach dargebotenen Speisen geschnappt. Diese Angaben wurden von dem den Kranken in die Anstalt begleitenden Kameraden folgendermaassen vervollständigt: Patient sei vor 6 Monaten beim Militair eingetreten, habe sich ordentlich betragen, seinen Dienst gethan, sich aber etwas dumm erwiesen; am Morgen des 17. November habe er nach einer noch ganz ruhigen Nacht plötzlich angefangen zu brüllen, sich in eine Ecke verkrochen, viel gebetet, unarticulirte Laute ausgestossen, sich anscheinend vor dem einen oder anderen Gegenstande gefürchtet, und sich an Sachen krampfhaft festgeklammert. Die beiden folgenden Tage habe er kaum Nahrung zu sich genommen und nicht geschlafen.

Bei seinem Eintritt in die Anstalt war Patient ganz benommen, liess sich vornüberhängen, starrte vor sich hin, antwortete nicht und machte mit dem Munde schnappende Bewegungen nach den Kleidern der Umstehenden, besonders den daran angebrachten Knöpfen. Auf die Krankenabtheilung geführt, tanzte er sofort mit einem andern unruhigen Manne herum und wurde dann bald in ein Bad gebracht, welches bis zu $1^1/_2$ Stunden ausgedehnt wurde. Sofort wurde er ruhiger, verhielt sich die folgende Nacht still und war am anderen Morgen klar, gab an, er wisse von einer Erregung oder Unruhe gar Nichts und wunderte sich über die tollen Menschen, bei denen er nun sei. Er erzählte dann weiter, dass ihm vor 2 Jahren

beim Abladen von Heu ein Bündel gegen den Kopf geworfen worden, dass er hintenübergefallen und kurze Zeit bewusstlos gewesen sei; seit dieser Zeit habe er alle paar Tage für einige Stunden heftige Schmerzen in Stirn und Hinterkopf. Soldat sei er gern gewesen, doch habe es ihn betrübt, dass er, als er die Kopfschmerzen gehabt, Nichts von dem, was sein Vorgesetzter ihm gesagt, habe behalten können, und er habe, weil es ihm anderseits beim Militair gut gefallen habe, geglaubt noch wahnsinnig zu werden.

Er blieb geistig klar, schrieb am 21. November einen guten Brief an die Eltern, in welchem er u. A. sagte, er sei in Raserei verfallen, nach dem einen warmen Bad habe er das Bewusstsein wiederbekommen, und er sei nun ganz gesund. Später vervollständigte er die Anamnese noch weiter, dass er die Kopfschmerzen seit der Kindheit habe und deswegen öfter Tage lang aus der Schule habe bleiben müssen, vom 14. Jahre an seien sie weniger heftig aufgetreten, aber nach dem genannten Sturze häufiger und heftiger wiedergekehrt und von einer Mattigkeit, die einige Stunden gedauert habe, gefolgt gewesen. Seine Mutter und eine Schwester hätten ein ähnliches Kopfleiden. Auch in seiner früheren Stelle als Pferdeknecht sei er vergesslich gewesen und habe sich alle Aufträge sofort aufschreiben müssen.

In der Anstalt traten die Kopfschmerzen in der ersten Zeit sehr häufig auf und wurden geschildert als ein Gefühl, wie wenn der Kopf auseinandergetrieben würde; die Kopfhaut schien dabei besonders empfindlich, bestimmte Schmerzpunkte liessen sich nicht entdecken. Auch zu andern Zeiten erschien das ganze Schädeldach, besonders über den Nähten, bei der Percussion empfindlich. Sonstige körperliche Abnormitäten konnten nicht constatirt werden, doch zeigte Patient eine bedeutende Schlaffheit in Haltung, Langsamkeit in den Bewegungen und Energielosigkeit und Mangel an jugendlicher Frische in seinem Wesen — kurz er machte einen etwas blöden Eindruck, der sich auch in der Folge nicht verlor. Die Kopfschmerzen wurden später etwas seltener, die Müdigkeit, die sich anfangs nach den Kopfschmerzen einstellte, liess nach, und gegen Mitte December fühlte sich G. wieder ganz wie vor seiner Einstellung zum Militair.

Anfang Februar 1885 wurde er als genesen entlassen und ist seitdem nicht wieder erkrankt.

Unter der ausser den beiden angegebenen Aufsätzen in der Literatur zerstreuten Casuistik über auffallende und ungewöhnlich rasche Genesungen haben besonders Interesse hervorgerufen die Fälle von Heilung nach Sturz, wie sie von *Jaworski* (Allg. Zeitschr. f. Psych. 35. Bd., p. 644) und von *Leppmann* (Breslauer ärztl. Zeitschrift 1885, No. 5) geschildert worden sind. Schon im Jahre 1856 hat *Hasbach* (Allg. Zeitschr. f. Psych. 13. Bd., p. 454) einen ähnlichen Fall veröffentlicht, in welchem eine mehrwöchentliche nach Pleuritis entstandene Melancholie nach Sturz durch einen Schornstein und Kopfverletzung geheilt wurde, doch blieb noch längere Zeit eine „Imbe-

cilitas mentis", die sich erst langsam mit Zunahme der körperlichen Kräfte verlor. *Leppmann* sieht in der schweren Kopfverletzung bei seinem Falle (Melancholie mit Angstzuständen) die Ursache der plötzlichen Genesung, doch ist zu erwähnen, dass Psychose und geistige Freiheit durch einen mehrtägigen Symptomencomplex von Bewusstseinsstörung mit Delirien, wie er der Commotio cerebri eigenthümlich ist, getrennt waren. Noch weniger rasch nach dem Sturze trat die Genesung in dem Falle von *Jaworski* auf, doch muss in der Gehirn- resp. Rückenmarkserschütterung wohl die Ursache der Genesung gesucht werden, ebenso wie in dem Falle von *Siemens* (Bericht über die Ueckermündener Anstalt 1875—1887), in welchem die Heilung einer Melancholie mit schlechter Prognose durch Sprung aus dem Fenster und Amputation des complicirt fracturirten Beines herbeigeführt wurde.

Es sind noch weitere Fälle bekannt geworden, in denen eine beabsichtigte oder unbeabsichtigte Verletzung oder ein misslungener Selbstmordversuch in der Krankheit eine Wendung zum Besseren einleitete, deren Aufzählung zu weitläufig werden und mich zu sehr von meinem Thema, bei dessen Besprechung ich nicht die verhältnissmässig rasche Heilung länger dauernder Psychose, sondern vielmehr den plötzlichen Eintritt der Genesung auf der Höhe der Krankheit in Betracht ziehen möchte, abbringen würde.

Nach dem medicinischen Sprachgebrauch würde man eine solche plötzliche Genesung als „durch Krise" zu Stande gekommen bezeichnen, und es ist bekannt, dass die Lehre von den Krisen auch in der Psychiatrie eine Zeit lang sehr im Schwunge war, besonders durch *Esquirol* und *Friedreich* cultivirt wurde und sich noch bis in das Lehrbuch von *Morel* hinzog. Aber man braucht nur die Classification der Krisen von *Esquirol* anzusehen, der dieselben als Fieber, Hämorrhagien, gastrische Phlegmasien, Hautkrankheiten und Krisen des lymphatischen Systems aufzählt, um, was auch *Emminghaus* hervorhebt, sofort zu erkennen, dass es sich gar nicht um eigentliche Krisen, d. h. Genesung in einigen Stunden handelt, da die Genesung bei der Natur der genannten Processe sich erst mit der längeren Dauer derselben, also erst durch Tage und Wochen hindurch ausbilden konnte. Allenfalls von einer bedeutenden Blutung lässt sich eine momentane Umstimmung denken, doch ist bei den veröffentlichten Fällen, wie sie neuerdings von *Lehmann* (Allg. Zeitschrift 43. Bd., p. 202) zusammengestellt und durch einen Fall von Magenblutung ergänzt wurden, die Blutung immer nur die Ursache des Beginnes der Reconvalescenz, ist aber nicht von einer sofortigen vollständigen Genesung gefolgt. *Raggi* und *Bergonzoli* erwähnen einen Fall, in welchem eine imbecile Frauensperson, die an Tobsuchtsanfällen mit Kopfcongestionen litt, durch Entziehung von 300 g Blut aus der Arter. tempor. sofort und dauernd beruhigt wurde.

Der einzige Fall, wo ich von einer profusen Blutung eine plötzliche Beeinflussung der Psychose gesehen habe, ist folgender:

Ein 61jähriger Steuerbeamter, der aus geistesgesunder Familie stammte, ein nüchterner und pflichtgetreuer Mann war und schon 1863 und 1872 kurzdauernde, als „Verfolgungswahn" bezeichnete Anfälle von Geistesstörung durchgemacht hatte, kam am 10. Mai 1879 in die Anstalt Andernach, weil er seit 5 Wochen erregt und unruhig war, sich Herrgott und Minister nannte und Vergiftungsideen hatte; in die Anstalt kam er ganz verwirrt, tobte, beruhigte sich nach einigen Tagen etwas, behielt aber ein gehobenes Selbstgefühl und blieb uneinsichtig. Am 23. Mai hatte er einen sehr starken Blutabgang aus dem Anus (anscheinend von inneren Hämorrhoiden herrührend), der erst nach mehrfachen Medicationen gestillt werden konnte, von da ab behauptete er, vollständig gesund zu sein, sogar gesunder als seit Jahren, er sprach sich einsichtig über seine Krankheit aus, erschien gesetzt in seinem Wesen, zeigte aber in seinem Gedächtniss eine Lücke für die Tage der grossen Verwirrtheit. Sein Verhalten war so, dass er am 30. Juni anscheinend als genesen entlassen wurde. Zu Hause stellte sich aber heraus, dass seine Genesung nur eine trügerische war; bald schon äusserte er Misstrauen gegen die Frau und wurde schon nach dem Genuss von einem Glas Bier erregt. Doch that er seinen Dienst noch bis Ende October 1879, dann wurde wegen steigender Erregung, die sich besonders gegen die Frau richtete, die Wiederaufnahme in die Anstalt nothwendig; dieses Mal war er nicht so verwirrt, brachte aber viele Ueberschätzungs- und Beeinträchtigungsideen vor, die sich auch später nicht verloren, sondern nur verwirrter und schwachsinniger wurden. Eine spätere Darmblutung hatte gar keinen Einfluss auf den Gang der Psychose und Patient wurde im October 1882 einer Pflegeanstalt übergeben.

Fälle wie dieser, in welchen intercurrirende körperliche Processe nicht eine Genesung, vielmehr nur eine Remission der psychischen Erscheinungen herbeiführten, sowie die Beobachtungen, in denen die Psychose gar keine günstige Beeinflussung erkennen liess, und die natürlich bei den vielen Krankheiten und Verletzungen in den Anstalten ungleich zahlreicher zu machen sind, als die einzeln veröffentlichten günstig verlaufenden, haben uns den Muth benommen, künstliche Blutentziehungen und energische Mittel anzuwenden, und wir wagen es trotz der mehrfach bekannt gewordenen günstigen Wirkung des Erysipels auf Irresein auch noch nicht, ein Erysipel unseren Kranken einzuimpfen.

Ebenso, wie wir von der Einleitung künstlicher somatischer Krisen abgekommen sind, versprechen wir uns auch von den psychischen Mitteln kaum mehr eine die Krankheit umstimmende Wirkung, eine Tobsucht durch Stürzen in Wasser, durch Aufziehen an Flaschenzügen in einem dunkelen Gewölbe unter Donner von Schüssen und dergleichen Schreckmittel heilen zu wollen, erscheint uns jetzt mit Recht als ein Irrthum, über den wir nur lächeln können. Dass aber doch, wenn auch harmlosere, psychische Eindrücke (ohne direct darauf abzielende Absicht) plötzliche Genesungen herbeiführen können, beweisen Fälle von *Koster* und von den bereits

mehrfach genannten italienischen Autoren; es handelt sich um Melancholiker, von denen die einen durch die einfache Versetzung in die Anstalt, die anderen durch die gelungene Flucht und Rückkehr in die häuslichen Verhältnisse nach Monate bis Jahre dauernder Krankheit sofort ihre Gesundheit wiedererlangten.

Sind wir auch noch sehr weit von einem klaren Verstehen solcher Vorkommnisse entfernt, so haben wir doch immerhin eine äusserliche positive Veranlassung, die wir für das plötzliche Aufhören der functionellen Psychose verantwortlich machen können. Noch unverständlicher sind die Fälle von *Brierre de Boismont* [Gazette des hopitaux 7 mars 1843 (rf. Annal. med. psych. 1843, II, p. 111)] und von *Williams* (Journal of mental science, April 1875, p. 151), wo jahrelange schwere Melancholien ohne jeden erkennbaren Grund wie mit einem Schlage verschwanden.

Ich erinnere mich nicht, einen Fall von Melancholie mit plötzlicher Genesung gesehen zu haben, dagegen bin ich in der Lage, eine Beobachtung plötzlicher Genesung von Manie mittheilen zu können.

Der 45jährige Wirth Philipp H. wurde am 23. Juni 1885 in die Andernacher Anstalt aufgenommen. Ein Bruder hatte Delirium tremens gehabt, Patient selbst war immer reizbar, jähzornig und hatte bereits 4 Anfälle von Geistesstörung durchgemacht 1868, 1870, 1871 und 1875, war jedesmal einige Wochen tobsüchtig. Wahrscheinlich war Trunk das veranlassende Moment für den Wiederausbruch der Störung. Patient kam ganz verwirrt und erregt in die Anstalt und blieb die folgenden 3 Monate unverändert; er war exaltirt, anspruchsvoll, spektakelte Tag und Nacht, schwätzte ideenflüchtig, schmierte, zerriss, schimpfte in den gemeinsten Ausdrücken und war aggressiv. Nachdem er noch am 29. September 1885 ganz verwirrt war, zerrissen hatte, Andere beschuldigte, ihn in die Tasche zu uriniren etc. und am 30. September nach einer ruhigen Nacht weniger verwirrt und grob, aber noch sehr gehobener Stimmung war, erschien er am 1. October ganz klar, freundlich, etwas genirt durch die Erinnerung an sein Benehmen in der Erregung und erklärte, er fühle sich nun wieder gesund, er kenne das aus Erfahrung. Wirklich hielt er sich nun ganz gut und wurde schon am 10. October auf dringendes Verlangen der Frau entlassen. Bis jetzt ist er gesund geblieben.

Es muss noch erwähnt werden, dass die früheren Anfälle nicht in so rapider Weise, sondern langsam endigten.

In der Literatur habe ich keinen Fall von plötzlicher Genesung einer Manie finden können; die Beobachtung von *Sauvet* (Annal. méd. psychol. 1845, p. 312), wobei eine 6 Monate dauernde Manie plötzlich durch grosse Gaben von Extr. opii aquos. bis zur Betäubung geheilt wurde, gehört nicht hierher und die kurze Bemerkung *Esquirol*'s (Die Geisteskrankheiten, übersetzt von *Bernhard*, I. Bd., p. 57), dass ein junges Mädchen, welches 10 Jahre an Verwirrtheit litt, plötzlich eines Morgens ihrer Mutter zuruft: „Ach

Mutter, ich bin geheilt" und wirklich hergestellt ist, lässt keine eingehende Beurtheilung zu.

Die dritte, den functionellen Psychosen zuzurechnende Form primären Irreseins, die Paranoia, die überhaupt prognostisch weniger günstig als die Melancholie und Manie dasteht, scheint bei der bekannten Festigkeit der Wahnideen die wenigsten Chancen für eine plötzliche Genesung zu bieten; ich entsinne mich nicht, einen derartigen klaren Fall veröffentlicht gesehen zu haben. Schon seit einer Reihe von Jahren habe ich meine Aufmerksamkeit bei dem mir zu Gebote stehenden Krankenmaterial auf die plötzlichen Genesungen gerichtet, aber nur 2 Fälle von plötzlicher Genesung einer Paranoia kann ich aufzählen.

Der eine Fall betrifft einen 25jährigen Ackerer, der am 1. October 1886 in die hiesige Anstalt aufgenommen wurde. Nervöse oder psychische Krankheiten waren in seiner Familie nicht vorgekommen, seine Eltern starben an Phthise. Als Kind entwickelte sich Patient langsam, lernte erst im 4. Lebensjahre laufen, war aber später gesund, lernte gut, lebte solide und war immer auffallend still. Schon mit 24 Jahren heirathete er, hatte sein gutes Auskommen, ging aber durch unvortheilhafte Käufe im Herbst 1885 in seinen Verhältnissen zurück und wurde dadurch unruhig und niedergeschlagen. Mitte März 1886 zeigten sich dann deutliche Spuren von Geistesstörung; er bekam Angst, fürchtete umgebracht zu werden, glaubte man wollte ihm Frau und Kind fortschleppen, die verordnete Arznei wollte er nicht einnehmen, weil er Gift darin vermuthete, er ass schlecht, fast nichts als Brod, und wurde immer misstrauischer gegen die Frau, die er schliesslich nicht mehr als solche anerkennen wollte. Ende September, einige Tage vor seiner Aufnahme, wurde er erregter, stellte sein Haus zum Verkaufe aus und sprach viel und laut. Bei seiner Aufnahme in der Anstalt predigte er in salbungsvollem Tone, sein Stamm sei entsprossen in Sülze, er habe Einflüsterungen aus dem himmlischen Jerusalem, wolle nach Kevelaer, dort einen König über ganz Deutschland erwählen, resp. sich selbst die Krone aufsetzen. In der folgenden Zeit brachte er beständig seine Ueberschätzungsideen vor, blieb dabei, dass er König sei, verlangte überall hinzureisen, um zu predigen, wollte von seiner Frau nichts wissen, weil sie ihn habe vergiften wollen, und behauptete, seine Braut sei die heil. Apollonia. Auch in den Nächten fühlte er sich vielfach berufen, laut zu predigen. Am 5. October war er vorübergehend klar, sagte, er sei nicht König, nur ein armer Kerl, aber schon in der folgenden Nacht predigte er wieder und blieb in seiner gehobenen Stimmung unverändert bis Mitte Januar 1887; am 18. Januar erklärte er plötzlich, er sei ein armer Bauersmann, wollte arbeiten, seine Ideen, er sei der König etc., seien alle dummes Zeug. Von da ab war er ganz klar, beschäftigte sich ordentlich, und sagte auch nachher wiederholt aus, dass er nach einer ruhigen Nacht plötzlich gesund und klar geworden sei und sich frei von seinen verkehrten Ideen gefühlt habe. Bis zum Mai 1887 wurde er noch in der Anstalt ge-

halten, zeigte gar keine krankhaften Erscheinungen mehr und wurde dann als genesen entlassen. Bis jetzt blieb er gesund.

Eigenthümlich ist in diesem Falle, dass schon mehrere Monate vor der Genesung, ganz unvermittelt einige Stunden von geistiger Klarheit und Einsichtigkeit aufgetreten waren, wie dies sonst wohl bei derartigen Fällen nicht beobachtet wird. Eine Ursache liess sich für diese kurze freie Zeit ebensowenig nachweisen, als für den plötzlichen Eintritt der vollen Genesung.

Etwas anders liegt die Sache in meinem anderen Falle, wo sich für die plötzliche Genesung immerhin eine psychische Einwirkung erkennen lässt. Der Fall ist folgender:

Wilhelmine H., Beamtentochter, geboren am 5. Juni 1855, aus Coblenz, stammte von einem sehr misstrauischen, hypochondrischen und äusserst heftigen Vater ab, dem sie, da ihre Mutter früh gestorben war, seit dem 15. Lebensjahre die Haushaltung führte. Als Kind war sie sanftmüthig, still, in der Schule etwas schwer von Begriff, lernte besonders schlecht auswendig und hatte Schwierigkeiten beim Rechnen. Die Menses traten zuerst im 15. Jahre auf und waren immer regelmässig. Im Sommer 1881 verkehrte Patientin gelegentlich eines Besuches bei Verwandten in einer anderen Stadt mit einem Vetter und, trotzdem die Verwandten sowohl wegen der Unselbständigkeit des Betreffenden als auch wegen der nahen Verwandtschaft eine Heirath als unthunlich hinstellten, gab Patientin die Hoffnung auf Heirath mit dem Betreffenden nicht auf. Damals wurde sie schon verstimmt und reizbar, aber der eigentliche Ausbruch der geistigen Störung datirt erst vom April 1882; nach dem Besuch einer Missionspredigt, in welcher auf sexuelle Verhältnisse angespielt worden war, wurde Pat., die in der letzten Zeit durch besondere Reizbarkeit des Vaters zu leiden gehabt hatte und grade menstruirt war, plötzlich erregt, glaubte durch die Predigt die Ueberzeugung gewonnen zu haben, dass ihre beste Freundin falsch sei und mit jungen Herren Verhältnisse habe, sie sah, wie die Leute ihr auf der Strasse durch warnende Blicke von dem Verkehr mit der Freundin abriethen, und meinte in den Aeusserungen ihrer Verwandten und in dem Benehmen der jungen Herren auf der Strasse darauf Bezügliches zu erkennen. Die nächsten Nächte war sie schlaflos, weinte dann viel, schloss sich ein und ass sehr wenig. In der Nacht vom 2. auf den 3. Mai legte sie sich nicht zu Bett und glaubte beim Lesen einer Novelle, die von einem Findelkind handelte, plötzlich zu erkennen, dass sie auch ein Findelkind, nicht das Kind ihres Vaters, sondern von der Mutter der treulosen Freundin vertauscht sei. Von einer Dame, die sich einige Zeit vorher in Coblenz aufgehalten hatte, glaubte sie wegen oberflächlicher Aehnlichkeit mit dem Vater, sie sei die uneheliche Tochter ihres vermeintlichen Vaters und putze sich mit der Patientin Gelde; auch behauptete sie, ihre rechte Mutter in einem Laden gesehen zu haben. Harmlosen Handlungen Anderer legte sie besondere Bedeutung bei und glaubte gehört zu haben, wie ihr Vater

„bedeutungsvolle Worte sprach". Am 15. Mai 1882 kam Patientin in die Andernacher Anstalt; sie fügte sich leidlich gut in ihrem neuen Aufenthalt, war freundlich und äusserte sofort ohne besonderen Affect die erwähnten Wahnideen von ihrer unbekannten Herkunft etc. Bald entdeckte sie in anderen Kranken aus Andeutungen und Blicken ihre Mutter und ? Schwestern, von deren Existenz sie bis dahin keine Ahnung hatte, und suchte, trotzdem dieselben sich ablehnend verhielten, auf alle Weise für sie zu sorgen. In der Folge hatte sie stets eine Menge körperlicher Beschwerden, klagte bald Halsschmerzen, bald Kopfweh, Rückenschmerzen, Kältegefühl, Mattigkeit, Magenkrampf u. dergl. und äusserte immer viele Wünsche, die sich zum grössten Theil auf die vermeintlichen Verwandten bezogen. Die Trennung von diesen durch Versetzuug auf eine andere Abtheilung machte sie sehr deprimirt, und sie versuchte auf alle mögliche Weise, ihre „Mutter" vom Feuster aus zu Gesicht zu bekommen. Ihr ganzes Wesen hatte etwas Kindisches, zur Beschäftigung hatte sie keine Lust, gefiel sich vielmehr in albernen Streichen und Neckereien, und ihre Stimmung war eine häufig und ganz unmotivirt wechselnde. Die Wahnideen, auch die Heirathsgedanken blieben bestehen, ebenso die durch dieselben bedingte Abneigung gegen den Vater, zu dem sie niemals zurückkehren wollte, bis bei einem Besuche von einer Tante und 2 Cousinen am 29. August 1882 diese ihr, als sie wieder von ihren wiedergefundenen Verwandten sprach, in energischer Weise gegenübertraten und besonders betonten, es werde dem Vater gar nicht einfallen, für sie in der Anstalt zu bezahlen, wenn sie nicht seine Tochter wäre. Dies leuchtete ihr ein, und sie meinte sofort, dann müsse sie wieder nach Coblenz. Am anderen Tage schrieb sie an den Vater, sie dächte nicht mehr daran, dass ihre Mutter hier wäre, er möge sie besuchen. Sie zeigte sich wirklich von dem Tage ganz frei von Wahnideen und auch völlig einsichtig. Am 1. October wurde sie nach Hause als genesen entlassen und blieb gesund bis vor Kurzem; augenblicklich befindet sie sich wieder in der Anstalt zu Andernach.

Was in diesem Falle besondere Berücksichtigung verdient, ist, dass man es mit einem schlecht beanlagten Individuum zu thun hat, dessen Schwachsinn nicht nur in dem ganzen Wesen, sondern speciell auch in der Begründung der Wahnideen ausgeprägt war. Es ist dies umsomehr hervorzuheben, als sicherlich bei einem geistig vollkräftigen Mädchen das einfache Widersprechen von Verwandten nicht im Stande gewesen wäre, das ganze Wahngebäude einzustürzen und plötzliche Klarheit und Einsicht herbeizuführen.

Schliesslich möchte ich noch einen Fall erwähnen, der mir aus den Acten der hiesigen Anstalt zur Kenntniss gekommen ist, und der das Eigenthümliche hat, dass die betreffende Kranke plötzlich eine seit mehreren Jahren bestehende Wahnidee aufgab, weil ein auf Grund der krankhaften Vorstellungen erwartetes Ereigniss nicht eintrat.

Caroline H., 1861 unehelich geboren, erblich nicht belastet, überstand

im 14. Lebensjahre Typhus, bekam in Folge von Ueberarbeitung im October 1878 Krampfanfälle, die zuerst als hysterische aufgefasst, später aber als epileptische erkannt wurden, und war wegen tobsüchtiger Erregung von December 1878 bis Juli 1879 in der Anstalt zu Düren, von wo sie dann genesen entlassen wurde. Zu Hause wiederholten sich die Krampfanfälle bald, und Patientin kam Ende September in das Hospital zu Siegburg und Ende October 1879 in grosser Unruhe wieder in die Dürener Anstalt; sie wechselte in ihrer Stimmung sehr, war meist mürrisch und verdrossen, oft sehr unruhig und verlangte immer nach Berlin zum Kaiser abzureisen. Sie behauptete nämlich, dass, als sie in Siegburg den Versuch sich zu ertränken gemacht habe, der Kaiser in Gestalt eines jungen Mannes sie gerettet und ihr versprochen habe, sie mit nach Berlin zu nehmen. Diese Idee blieb auch, als Beruhigung eintrat, fest bestehen, Patientin nannte sich die Braut des Kaisers und erwartete beständig, von ihm abgeholt zu werden, Epileptische Anfälle wurden in der Anstalt nur drei, im November 1880, im März und Juli 1881 beobachtet, verbunden mit grosser Reizbarkeit und Aufregung. Am 24. Januar 1882 wurde Patientin in die hiesige Anstalt übergeführt und brachte auch hier dieselben Wahnideen vor. Kurz vor Ostern 1882 erklärte sie plötzlich, wenn bis Ostern ihr Verlobter, der Kaiser sie nicht abhole, wolle sie mit ihm Nichts mehr zu thun haben und sich einen Dienst suchen. Wirklich erklärte sie denn auch von Ostern an ihre Ideen als krankhaft, hielt sich ordentlich und ruhig und blieb auch einsichtig, so dass sie nach mehreren Monaten genesen entlassen werden konnte. Sie hat später geheirathet, ist Mutter mehrerer Kinder und dem Vernehmen nach gesund. —

Ich bin mir wohl bewusst, dass ich durch diese Beiträge zur Casuistik der plötzlichen Genesungen keine wichtigen Thatsachen vorgebracht habe, die zu weitergehenden Schlüssen berechtigten, aber ich glaube doch die wenigen mir zur Beobachtung gekommenen Fälle grade wegen ihrer Seltenheit zur Kenntniss bringen zu dürfen in der Hoffnung, dass durch diese Anregung das Material auch aus dem Kreise dieser Versammlung vermehrt werden könnte. —

Auf Antrag *Pelman*'s wird die Discussion, bei der ohne besondere Vorbereitung doch nur anekdotenhafte Mittheilungen gemacht werden könnten, bis zur nächsten Sitzung verschoben.

Tigges, ein Fall von Simulation von Geistesstörung.

E., wiederholt wegen Diebstahl bestraft, wurde wegen Schafdiebstahl etc. zu 5 Jahren Zuchthaus verurtheilt. Nachdem er geäussert, hiervon noch wenigstens 2 Jahre herunter zu bekommen, zeigte er nach Mittheilung der Zurückweisung seines Revisionsantrages plötzlich Stummheit, grosse Geistesschwäche und grosse Unbehülflichkeit seiner allgemeinen Bewegungen. Vom Vortragenden und Medicinalrath *Stahl* wurde wegen vielfacher Widersprüche in seinem Verhalten Simulation angenommen. Im Zuchthause er-

folgte nach warmen Bädern und kalten Uebergiessungen normales Benehmen und Geständniss der Simulation.

In der Discussion betont *Pelman* die Schwierigkeit der Begutachtung von Fällen mit dem Verdachte auf Simulation, weil einerseits die Psychosen oft abnorm verlaufen, andererseits die Simulation gewissermaassen einen Schleier um das eigentliche Wesen des Individuums hängt und dadurch die Beurtheilung erschwert.

P. erwähnt kurz einen Fall, wo ein junger Mann aufgegriffen und in die Anstalt gebracht wurde; er erschien stumpf und benommen, wollte nur wissen, dass er Raphael hiesse. Da er den Eindruck eines Simulanten machte, wurde er faradisirt; sofort erinnerte er sich, dass er aus Essen sei, dass sein Vater dort wohne, und schrieb einen Brief nach Hause, in welchem er seine Ueberführung in die Anstalt schilderte und bemerkte, dass er nach dem Elektrisiren wieder zu sich gekommen sei. Die Nachforschungen ergaben, dass der junge Mann immer ganz ordentlich gewesen sei, nur immer gern Theater gespielt habe, also zu einer Simulation gar keine Veranlassung hatte. —

Hertz weist auf den Fall Reiner Stockhausen hin, in welchem er als Sachverständiger neben dem Kreisphysikus und zwei andern hervorragenden Psychiatern zugezogen war und wo 4 verschiedenartige Gutachten in der Frage nach der Simulation abgegeben wurden. *Ripping.*

Verein Ostdeutscher Irrenärzte.
48. Sitzung zu Breslau am 28. November 1888.

Anwesend die Herren: *Alter*-Leubus, *Auerbach*-Breslau a. G., *Gubitz*-Breslau, *Jacobi*-Breslau, *Kiefer*-Berslau a. G., *Kleudgen*-Obernigk, *Klinke*-Leubus a. G., *Leppmann*-Breslau, *Limpricht*-Bunzlau, *Lissauer*-Breslau, *Mamroth*-Breslau a. G., *Meyer*-Breslau, *Neisser*-Leubus, *Rosemann*-Breslau, *Schwabe*-Breslau, *Stern*-Breslau, *Wernicke*-Breslau.

Der Vorsitzende Dr. *Wernicke* macht die Mittheilung, dass Dr. *Cruppi*, zweiter Arzt in Brieg, gestorben ist, und fordert die Anwesenden auf, zu Ehren des verschiedenen Mitgliedes sich von den Plätzen zu erheben. Dies geschieht. Dr. *Sioli*, der nach Frankfurt a. M. übergesiedelt ist, hat den Verein schriftlich begrüsst. Als neue Mitglieder wurden aufgenommen Professor Dr. *Auerbach*-Breslau und Dr. *Klinke*-Leubus.

I. *Lissauer.* Ein Fall von Seelenblindheit.

Vortragender beginnt mit der Demonstration eines 80jährigen Mannes welcher in selten reiner Form das Symptom der Seelenblindheit darbietet. Der Kranke, welcher mit Ausnahme mehrfacher Schwindelanfälle und einer

senilen Gedächtnissschwäche im Wesentlichen intact war, acquirirte im August dieses Jahres ganz acut diejenige Störung, welche ein wenig gebessert, noch jetzt vorliegt. Man wurde darauf aufmerksam, dass der Kranke beim Gehen leicht anstiess und Gegenstände des täglichen Gebrauchs nicht wiederfand.

Als die ärztliche Beobachtung begann, wurde folgender Status festgestellt: Relativ rüstiger Mann, ohne aphatische und sonstige Lähmungserscheinungen. Rechtsseitige complete absolute Hemianopsie, nach Ausweis der perimetrisch gemessenen Gesichtsfelder ist für beide Augen das centrale Sehen erhalten: Sehschärfe — da Patient nicht lesen kann, mit Hülfe der *Bochat*'schen Tafeln festgestellt — beträgt $^1/_4$—$^1/_5$ der Norm. Der Kranke ist ausser Stande die verschiedensten Objecte, die man ihm vorzeigt, zu benennen und ihre Bedeutung zu erkennen. Es gelingt ihm dies aber mit Sicherheit, sobald man ihm die betreffenden Gegenstände zum Betasten in die Hand giebt, oder sie durch eine ihrer Eigenschaften (Glocke, Uhr etc.) auf sein Gehör wirken lässt. Der Kranke bezeichnet z. B. eine Uhr als einen Leuchter, erkennt sie aber alsbald, wenn er sie betastet. Dies Experiment lässt sich hundertfach variiren. Der Kranke ist ferner ausser Stande zu lesen, er kann jedoch fliessend schreiben. Interessant ist es, dass der Kranke die Contouren einfacher Objecte abzuzeichnen im Stande ist, ohne dass er sie dabei wiedererkennt. Nachdem der Vortragende diese Erscheinungen berichtet und soweit als thunlich demonstrirt hat, geht er zu theoretischen Erörterungen über. Er definirt zunächst das klinische Symptom der Seelenblindheit dahin, dass ein Kranker, bei dem nachweislich Gesichtswahrnehmungen von einer gewissen Schärfe möglich sind, doch ausser Stande ist mittelst des Gesichtssinnes Objecte der Aussenwelt wiederzuerkennen. In reinen Fällen muss das Wiedererkennen mittels der übrigen Sinne ungestört sein. Der Vortragende weist nach, dass im vorliegenden Falle die Function der subcorticalen Sehwerkzeuge, Sehschärfe etc., in der That vollauf genügt, um das Wiedererkennen zu ermöglichen, er weist ferner die Annahme einer besonderen aphatischen Störung zurück und glaubt vielmehr innerhalb der psychologischen Vorgänge des Wiedererkennens eine krankhafte Lücke suchen zu müssen. Er zerlegt die letztgenannten Vorgänge in die bewusste Wahrnehmung und die sich daran anschliessenden Associationen. Störungen jedes dieser beiden Acte schreibt er die Fähigkeit zu, Seelenblindheit zu erzeugen, welche demnach in einer apperceptiven und in einer associativen Form vorkommen könnte. Im vorliegenden Falle neigt Vortragender dazu eine associative Seelenblindheit anzunehmen, weil der Kranke durch sein Nachzeichnen beweist, dass er optische Eindrücke der Form nach bewusst wahrnimmt. Vortragender lässt nun eine anatomische Erörterung folgen. Er entwirft ein einfaches Schema, wobei er in den Occipitallappen beider Hemisphären sowohl die bewusste Wahrnehmung optischer Eindrücke als

auch ihre Reproduction in Form von Erinnerungsbildern zu Stande kommen lässt. Seelenblindheit kann nach ihm erzeugt werden einmal durch eine gelindere Functionsstörung der Rinde des Sehcentrums (etwa als indirectes Heerdsymptom) und ein zweites Mal durch Unterbrechung der aus dem Occipitallappen in die übrigen Hemisphären ausstrahlenden Associationsbahnen. Eine Unterbrechung in dieser Stelle — also eine transcorticale — würde ungefähr das bedingen, was vorhin als associative Seelenblindheit gedeutet wurde, während eine corticale Störung mehr der apperceptiven Form der Seelenblindheit im obigen Sinne entsprechen würde. Die anatomische Möglichkeit einer einigermassen isolirten Läsion der hier in Betracht kommenden transcorticalen Leitungsbahnen wird besonders monirt.

Schliesslich bespricht Vortragender die bisher von Anderen, besonders *Munk*, *Mauthner*, *Wilbrand* aufgestellten Theorien für das Zustandekommen der Seelenblindheit. Er unterscheidet sich vor allem durch die Ansicht, dass Seelenblindheit auf transcorticalem Wege entstehen könne. Die Ausführung der hier angedeuteten Gesichtspunkte ist einer weiteren Publication vorbehalten.

An der Discussion betheiligen sich die Herren *Auerbach*, *Wernicke* und der Vortragende.

II. *Neisser*. Differentiell-diagnostische Bemerkungen über das Symptom der Verbigeration.

Die von *Kahlbaum* mit dem Namen der Verbigeration belegte eigenthümliche Form von Redesucht sei, wie durch einige Erwägungen dargelegt wird, in der That als eine symptomatische Sondererscheinung von pathologischer Dignität anzusehen. Deshalb sei es erforderlich, das Symptom in seinen verschiedenen Erscheinungsformen näher zu studiren. Zudem habe die richtige klinische Auffassung desselben auch einen practischen Werth, insofern als sich mit demselben erfahrungsgemäss andere Symptomencomplexe, nämlich motorische Hemmungszustände, zu vergesellschaften pflegen, deren Eintritt unter Umständen prognosticirt werden könne.

Die Frage nach der Existenz einer eventuellen selbständigen Krankheitsform der Katatonie werde hierbei nicht berührt; von jedem Standpunkte aus müsse es erwünscht sein, empirische Symptomencombinationen festzustellen.

Ueber das Wesen des der Verbigeration zu Grunde liegenden pathologischen Prozesses hat der Vortragende sich eine Ansicht nicht zu bilden vermocht; der *Kahlbaum*'sche Erklärungsversuch befriedige nicht.

In dem Bestreben, descriptiv die Auffassung und Abgrenzung des Symptomes der Verbigeration zu fördern, schildert der Vortragende eine Reihe von äusserlich ähnlichen Erscheinungen bei verschiedenen Krankheitszuständen, zum Theil unter Demonstration einschlägiger schriftlicher Productionen. Die differentiell-diagnostischen Erörterungen beziehen sich

hauptsächlich auf krankhafte Auslassungen bei gewissen depressiven Formen von Seelenstörung, ferner bei der acuten hallucinatorischen Verworrenheit (*Meynert-Conrad*), sodann bei mannigfachen Schwachsinnszuständen und bei der progressiven Paralyse. Namentlich bei letzterer Krankheit kommen eine Reihe von ähnlichen Erscheinungen vor, welche nicht mit der echten Verbigeration verwechselt werden dürfen. Andererseits lasse sich nicht leugnen, dass bei Paralytikern auch echte Verbigeration beobachtet sei; indess dies seien seltene Fälle, welche auch anderweitige „katatonische Erscheinungen" darböten, und welche daher auch ihrerseits zu der als Regel behaupteten Symptomencombination nicht in Widerspruch ständen. Im Uebrigen habe man ohnehin die Aufgabe, bei jeder acuten Psychose in gewissen Alterstufen die progressive Paralyse in diagnostische Erwägung zu ziehen; die Constatirung des Symptomes der Verbigeration an und für sich werde jedenfalls nicht geeignet sein, zu Gunsten der Diagnose auf Paralyse den Ausschlag zu geben.

Wegen der vorgerückten Zeit muss sich der Vortragende mit einer flüchtigen Skizzirung des Gegenstandes begnügen und behält sich eingehendere Erörterungen und kasuistische Belege für eine demnächstige Publication vor.

Der dritte Gegenstand der Tagesordnung, die Demonstration der neuen Klinik, wird der vorgerückten Zeit wegen auf die nächste Sitzung im Februar 1889 verschoben.

---

64. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14. December 1888.

Anwesend die Herren: *Ascher*-Dalldorf, *H. Bauer*-Charlottenburg, *Falk*-Berlin, *Guttstadt*-Berlin, *Hirsch*-Magdeburg, *Holtermann*-Sachsenberg, *Jastrowitz*-Berlin, *Jensen*-Charlottenburg, *Laehr* sen. u. jun.-Schweizerhof, *Lehmann*-Sonnenstein, *Liebe*-Schweizerhof, *Mendel*-Berlin, *Moeli*-Dalldorf, *O. Müller*-Blankenburg, *Neuendorff*-Bernburg, *Otto*-Dalldorf, *Pierson*-Pirna, *Sander*-Dalldorf, *Schuchard*-Sachsenberg, *Wendt*-Berlin, *Zenker*-Bergquell.

Der Vorsitzende, *Laehr* sen., eröffnet die Sitzung und bringt Grüsse von den Herren *Zinn*, *Benno*, *Gock*, *Ideler* und *Knecht*.

Er begrüsst als Gast Herren Dr. *Björk*, II. Arzt der Irrenanstalt zu Upsala.

Herr *Wendt* reicht ältere Berichte der Irrenanstalt Schwetz ein zur Vertheilung.

Dr. *Wendt:* Fall von Dementia paralytica mit Uebergang in Genesung.

Der Fall, den ich mir erlaube, Ihnen mitzutheilen, betrifft einen Arzt, welcher 6½ Jahr in der Irrenanstalt zu Schwetz gewesen ist, nach seiner Entlassung die ärztliche Praxis wieder aufgenommen hat und jetzt schon 7 Jahre das Amt eines Kreiswundarztes wieder versieht. Ich selbst habe ihn freilich nur die letzten 3½ Jahre in der Anstalt beoachten können, und meine eigenen Wahrnehmungen würden nicht ausreichen, die Diagnose mit Sicherheit zu stellen. Die Beobachtungen meines Amtsvorgängers und anderer Anstaltsärzte lassen mich jedoch nicht daran zweifeln, dass es sich hier wirklich um eine Paralyse handelt. Gestützt wird diese Ansicht noch durch viele bei den Acten befindliche Briefe des Kranken, von denen ich Ihnen einige — mit verdecktem Namen — hier im Originale vorlege.

Leider fehlt es an einer Krankengeschichte, und ich muss mich zunächst auf Auszüge ärztlicher Gutachten und Berichte beschränken, die immerhin aber genügen, im Allgemeinen ein Bild von dem Verlauf der Krankheit zu geben.

Dr. F., 43 J. alt, Kreiswundarzt, wurde am 17. Juni 1872 in die Anstalt aufgenommen. Ueber sein Vorleben ist wenig bekannt. Nach den geringen Ansprüchen, die er an das Leben stellte und nach seiner schlichten Art, darf man wohl annehmen, dass er sich von Excessen ferngehalten hat. Er war verheirathet und hatte einen Sohn. Zwei Brüder seines Vaters sind im Irrenhause gestorben, und sein damals noch lebender Vater war „geistesschwach". Seine Frau fand ohne wahrnehmbare Ursache sein Wesen seit etwa 3 Jahren verändert, und seit 4—5 Wochen hielt sie ihn für geisteskrank.

Der Arzt, welcher ihn vor der Aufnahme begutachtete, war mit ihm befreundet, hatte ihn aber seit 5 Jahren nicht gesehen. Nun zeigte er beim Wiedersehen vollständige Gleichgiltigkeit und war kindisch in der Unterhaltung. Er wollte sich für verschiedene Physikatsstellen gemeldet haben nach Orten hin, in denen derartige Stellen nicht frei oder gar nicht vorhanden waren. Er war im Stande, einen plötzlich gefassten Gedanken sehr häufig hintereinander auszusprechen; z. B. sagte er in 5 Minuten wohl 30mal zu seiner Frau: „gieb mir doch den Brief her", obwohl ein solcher gar nicht vorlag. Stundenlang stand er vor der Post und wollte bald nach Schwetz, bald nach Thorn, oder sonst wohin fahren und stieg schliesslich in einen zur Remise fahrenden Wagen, aus dem er nur mit Mühe zu entfernen war. Seine Körperhaltung war schlaff, sein Gang schlotternd. Die Pupillen veränderten sich bei verschiedenem Lichteinfall nicht.

Wenige Tage nach seiner Aufnahme berichtet der Director an die Regierung, dass er „an einer schweren Gehirnaffection leidet, welche sich einerseits durch Grössenwahnvorstellungen, Gedächtnissschwäche und maniatische Aufwallungen, andererseits durch eine erhebliche para-

lytische Muskelschwäche und durch eine eigenthümliche Contraction beider Pupillen charakterisirt und den Verdacht erweckt, dass jene schwere Form des Irreseins, welche man als allgemeine fortschreitende Lähmung der Irren zu bezeichnen pflegt, bei ihm in der Entwickelung begriffen sei."

In weiteren Berichten heisst es:

9. Juli 1872, an die Frau: „er hält sich für sehr stark und kräftig, für ganz gesund", — — „hat grosse Pläne für die Zukunft und dergl. mehr. Hin und wieder wird er auch leicht erregt, doch gehen dergleichen Anfälle meist rasch vorüber. Sein körperliches Befinden ist befriedigend, er schläft gut, hat trefflichen Appetit und eine geregelte Verdauung, doch ist die paralytische Muskelschwäche, welche schon zur Zeit seiner Aufnahme in erheblicher Weise vorhanden war, noch immer unverändert vorhanden."

17. Aug. 1872, an den Schwiegervater: „Er ist meistens ganz ruhig, in einer freundlichen Gemüthsstimmung und äussert weniger bestimmt und auffallend die anfangs ihn beherrschenden Grössenwahnvorstellungen. Dagegen ist er nach wie vor schwachsinnig, zeigt ein lückenhaftes Gedächtniss und ein mangelhaftes Urtheil, hat namentlich von seinem Krankheitszustande keine Vorstellung, hält sich vielmehr für ganz gesund. Die paralytischen Symptome sind noch in derselben Weise vorhanden."

28. Sept. 1872, an die Regierung: „dass die Symptome von Geistesschwäche, Grössenwahn und krankhafter Euphorie, sowie die körperlichen paralytischen Erscheinungen zwar keine erhebliche Verschlimmerung aber auch keine nachhaltige Besserung erfahren haben."

7. Oct. 1872, an die Frau: „es hat seine Geistesschwäche und die Verwirrtheit seiner Gedanken allmälig etwas zugenommen" — — —. „An manchen Tagen ist er ganz besonders abwesend: er pflegt dann mit lauter Stimme für sich zu sprechen und allerlei Lieder zu singen und ist dann so verwirrt, dass er nicht einmal weiss, dass er mit Ihnen verheirathet ist, sondern sich mit verschiedenen anderen Personen zu verloben beabsichtigt. Sein körperliches Befinden ist im allgemeinen befriedigend, doch sind die leichten paralytischen Erscheinungen noch immer in gleicher Weise vorhanden."

Ein Bericht an die Regierung vom 31. Dec. 1872 bezeichnet auf Grund des Schwachsinns, der an Grössenwahn grenzenden Auffassung seiner Lage, des durch krankhafte Euphorie abnorm gesteigerten Selbstgefühls und der auffallenden allgemeinen Muskelschwäche paralytischen Charakters die Krankheit als „paralytischen Blödsinn, allgemeine fortschreitende Lähmung der Irren" und schliesst eine begründete Aussicht auf vollständige und dauernde Genesung aus.

Dann folgt nach fast einjähriger Pause erst wieder ein Bericht vom 1. Dec. 1873 an die Frau, in welchem es heisst: „Er ist nach wie vor krankhaften Vorstellungen, welche meist den Charakter des Grössen-

wahns und einer allgemeinen geistigen Schwäche an sich tragen, ergeben, hält sich in jeder Beziehung für vollständig gesund und kommt daher noch häufig auf seine möglichst baldige Entlassung zu sprechen, wiewohl er sich für gewöhnlich in ruhiger und anscheinend zufriedener Stimmung befindet. In seinem körperlichen Zustande sind bis auf die ebenfalls noch ziemlich unverändert fortbestehenden Symptome allgemeiner Muskelschwäche, welche sich auch in seiner unsicheren Handschrift kundgeben, keine auffälligen Störungen wahrgenommen worden, und ist insbesondere sein Ernährungszustand vollkommen befriedigend."

Weiter wird berichtet:

21. Jan. 1874. „Er hält nach wie vor an allerlei Grössenwahnideen fest und ist häufig aufgeregt."

6. Aug. 1874. „Dass der Krankheitszustand schon seit langer Zeit sich vollkommen gleich geblieben ist. Die vorhandene Geistesschwäche hat keine merkenswerthe Fortschritte gemacht, das Bewusstsein des Patienten wird nach wie vor von mannigfachen Wahnideen, zumeist mit dem Charakter der Grössenideen, erfüllt und verfälscht, und seine Stimmung ist diesen Vorstellungen entsprechend eine krankhaft gehobene und vorwiegend heitere, zwischendurch aber auch über seine hiesige Zurückhaltung gereizte und erregte. Das körperliche Befinden ist bis auf die zeitweilig etwas stärker hervortretenden paralytischen Symptome ein verhältnissmässig recht günstiges gewesen."

29. Jan. 1875. „Er fühlt sich körperlich recht wohl, isst mit gutem Appetit und seine körperlichen Functionen gehen regelmässig von statten; sonst beobachtet er ein freundliches, zuvorkommendes Benehmen gegen die Aerzte und ist in letzter Zeit auch weniger heftig darüber geworden, dass er als angeblich völlig gesund noch immer nicht von hier entlassen wird. In geistiger Beziehung ist eine erhebliche Abnahme der Intelligenz nicht zu verkennen, die schon den Charakter des Blödsinns angenommen hat."

Dies ist der letzte Bericht aus der Zeit, bevor ich die Direction der Anstalt übernahm. In demselben geschieht der Wahnvorstellungen und der Motilitätsstörungen keiner Erwähnung mehr, und es scheint, dass die Remission, welche während meiner Beobachtungszeit und später ausserhalb der Anstalt angehalten hat, mit dem Ablauf des Jahres 1874 begonnen hat.

Ausser diesen Krankheitsberichten befinden sich zahlreiche Briefe des Kranken bei den Acten, welche durch ihren Inhalt, sowie durch die Unsicherheit der Schriftzüge und die häufigen Wort- und Satzverstümmelungen für die Krankheitsform charakteristisch sind. Um seine geistige Schwäche und seine Wahnvorstellungen zu kennzeichnen, führe ich folgende Stellen aus denselben an:

16. Jan. 1873: An die Pianoforte-Fabrik von Rohlfink in Osnabrück: „Ew. Wohlgeboren habe ich die Ehre mir ein Concert- und Salon-Pianino freundlichst übersenden zu wollen, der Betrag von 120 Thlr. erfolgt nach

Empfang umgehend. Gleichzeitig bitte ich den Weinh. Hrn. Roth folgende Bestellung zu machen. 200 Flaschen Moselwein à 6 sgr. — 4 Thlr. 200 Flaschen Rheinwein à 8 sgr. — 5 Thlr. 10 sgr." u. s. w. u. s. w.

28. Aug. 1873: „Lieber Bruder hole mich ab mit deiner Frau und bringe mir 10 Milliarden Cigarren Wein Fleisch Fische Delicatesse u. Conditor Sachen 100 Ctr. Papier Bibliothek. Möbel Kleider Wäsche für 50,000 Stick Pferde Anzüge Decken Masken Theater Gardrobe Stiefel aller Sorten Pianino Flügel Möbel 10 Fässer Gurken Senfgurken Pfeffergurken alles Mögliche Ich erwarte dich um 3 Uhr zur Hochzeit."

Auf demselben Blatt befinden sich Schreiben an seine Frau und noch 4 andere Personen, die er zu seiner Hochzeit einladet: „ich werde heut getraut mit Toni und Marie Wild."

Ein Brief an Toni vom 1. Sept. 1873 ist unterzeichnet: „Dr.... pract. Arzt Wundarzt Geburtshelfer Staats u. Med. Beamter Polizei-Physikus. gerichtlicher Sachverständiger und Ober Staab Arzt und Graf mit Orden und Ehrenstellen und kommandire über Milliarden. In zwei Jahren Fürst und Chef des Militair Medicinal Staabes der I nach dem Kaiser er steht über Allen."

20. Sept. 1873: „Meine 6 Jahr lang heiss und innig geliebte Toni! komme mit Fränzchen Marie und Anna und hole deinen Gemahl der dich liebt und anbetet und wenn ich frei bin bist in einer Stunde mein liebliches schönes gutes herrliches Weib. 18 Monate sitze ich als gesunder arbeitsfähiger Mann in Gefangenschaft dieses gemeine nichtswürdige Verbrechen muss aufhören dadurch, dass ihr alle 4 liebenden Mädgen den lieben guten Papa bittet mir den Dr. R. zu bringen meinen Amtsbruder u. Collegen, derselbe wird mir ein Gesundheits-Attest ausstellen welches mich befreit." — — —

„Meine geliebte reizende Marie und Anna bringt Trauringen mit 5 Stick ich verlobe mich mit Euch beiden, die Trauung in Berlin bei dem Türkischen Gesandschafts Hotel als Türke lasse ich mich machen denn kann soviel wie mir beliebt heirathen. Einen Anzug bitte ich: Stiefeln von schwarze Lackleder mit Goldsporen Hoosen Plätthemd weisse Binde weisse seidene Weste Rock, Ueberzieher (Winter) 2 Siegelringe Schlangenringe Brillantenringe 2 Diamantenringe, eine Uhr mit goldner Kette, ein Pinxnè Lorgette mit Kette ein Taschenmesser mit 6—10 Klingen" u. s. w.

Bemerkenswerth ist folgender Brief vom 2. Oct. 1873, der frei von Wahnvorstellungen ist, und in dem sich ein Krankheitsbewusstsein ausspricht, das sonst stets vermisst wurde.

„Lieber Schwager! ich sage dir meinen innigsten Dank für die von dir geschickte Cigarren ich habe sie mit den grössten Behagen verraucht und vernehme wieder einen Appetit auf diese schöne Cigarre oder Rauchtabak. Nun lieber Schwager was mein sonstiges Befinden anbetrifft, so ist mein Geisteszustand noch schwach ich vertraue aber auf Gott und bitte denselben eine schöne Gesundheit mir verleihen. damit ich zu meiner liben Frau und Kind in meine Arme schlissen könnte und fir Sie wird er

so wie früher Sorge tragen könnte. Auch sehne ich mich sosehr nach meinen Allen Verwandten und wünsche sie baldigst wieder zu sehen. Ueber meine Frau habe ich bisher nichts weiter erfahren, dass Sie in K befinden soll. Ach lieber Schwager, es ist ein sehr trauriges Schicksal für meine liebe Frau einen Gatten zu besitzen, der reichlich fir Ihr Auskommen sorgen könnte, und gesorgt hat, und jetzt aber leiter ist Sie angewisen von den Mitleid der Verwandten abhängig zu sein. Aber ich denke es mir, es ist ein wahres Spichwort, den Gott liebt, den zügtiget er auch. Ich ende mein Schreiben mit der Bitte mir Cigarren oder Tabak zu übersenden. Mit meiner Genesung werde ich mich suchen bei Dir als meinen lieben Schwager zu revanciren. Sonst habe ich keinen Wunsch. Meine Diät und meine Behandlung ist hier vorzüglich sei herzlich gegrüsst von Deinen Dich liebenden Schwager."

19. März 74. „Meine liebe Dr. Toni und Franzchen . . . Lasse sofort Angesichts dieses eine Equipage mit Perden anspannen und fahrt nach den Bahnhof wo Ihr eine Lokomotive ein Salonwagen und grossen Kassen Wagen wo die Perde und die Equipage Platz finden. In Terespol wird aufgeladen angespannt und der Anstalt angefahren ausgestiegen durch gater links über den Hof an einer Pumpe vorbei wo ein Offenes Thor meine Wohnung zeigt."

Ausser diesen Briefen enthalten die Acten noch eine Reihe von Eingaben an die Regierung, den Cultusminister und den Fürsten Bismarck, in denen sich immer dieselben Bitten, Forderungen und Beschwerden wiederholen. Er bittet um die Physikats-Arbeiten, um Versetzung nach Elsass oder Lothringen, um „Belohnung für den geleisteten Dienst des Staates und der Welt", beschwert sich über seine unrechtmässige Einschliessung, verlangt eine Revision sämmtlicher Irrenanstalten durch eine Commission unter seinem Vorsitz u. s. w. Als Beispiel diene folgendes Schreiben an den Reichskanzler.

„Verbrecher Haus und Mördergrube Schwetz d 18/4. 1874.

Sr Excellenz habe ich die Ehre ganz gehorsamst zu bitten die Toni Fränzchen und die Hetwig zu sagen, dass dieselben anspannen lassen sollen und zum Professor Szerska zu fragen ob er mit fahren und den Dr... untersuchen mit Amtssiegel, welcher 2 Jahre als gesunder Staatsbeamter in den Zuchthaus Schwetz sietzt, wo 330 Menschen als gesund sitzen. Dieses Verbrecherhaus, was den Zweck verfolgt verrückte Menschen sich zu machen und von der Strasse aufzugreifen wollen Sr Excellenz aufheben und solchen Verbrechen unter Dekmantel Irrenhaus ein Ende zu machen. Verrückte Wahnsinnige Blödsinnige liefert die Welt nicht, auch hier in diesen Narrenhause wo die Hundsföter die Aerzte selbst verrückt sind und unfähig sind, gesunde Menschen verrückt zu erklären. Es befinden sich bei der feinsten mikroscopischen Untersuchung nicht eine Spur von einem Geisteskranken. Wie der Krebsschaden zu beseitigen ist sehr leicht. Es wird ein Vorsinder von 6 Mitglieder der wissenschaftlichen De-

putation gewählt, dieselben lösen sämmtliche Irrenhäuser des Deutschen Reiches auf. Dann erspart der Staat Milliarden 100,000 Familien die zu Grunde gerichtet sind wie ich, werden wieder in Glück zurückversetz, weil sie Ihren zurückerhalten die Steuerzahlen die 3 Monateate Klassensteuer zahlen müssen, werden entlastet. Dieses ist die Thatsache die ich in 2 Jahren beobachtet und entdeckt habe, daher mögte auf dieser Erfahrungen als Präsident fungiren wollen.

Excellenz habe ich schliesslich die Mittheilung zu machen, dass 1862 als Med. Beamter Gerichts Arzt Polezei Arzt 12 Jahre im Amte bin und durfte mir die Bitte erlauben mich zum Sanithäts Rath mit eine rothen Adler Orden II Classe und Hohenzollerschen Haus Orden, ausserdem habe 1866 nach den Kriege den Abschied als Staabs Arzt gefordert. Meine Belohnung werde ich mündlich verlautbaren und nach 3—4 Jahren durfte ich wohl von meinen Papa Fürst Bismark den General Staabs Arzt und IIte Chef des Sanitäts Corps zu erwarten. Ausserdem trage ich die Bitte mir die schriftlichen 2 Physikats Arbeiten zu bewilligen.

Ew Hochwohlgeboren Excellenz habe ich die Ehre mich ganz gehorsamst zu empfehlen und auch der Fürstin meiner Mama zeiche die Höchste Hochachtung."

Die äussere Adresse dieses Schreibens, dem noch einige Zeilen an Toni Fränzchen und Hetwig angehängt sind, lautet:

„Sr Excellenz den Kaiserlichen Premier-Minister
Durchlaucht Fürst Bismark
„per expresf. Hochwohlgeboren
Durch eignes Equipage Berlin"
mit Kammerdiener abzugeben."

Auf der Rückseite steht:

„Der Oberkutscher ist zum meinen Kammerdiener ernannt und soll sich mir vorstellen Weg durch Thor links übern Hof in den dunkeln Gang wo eine offene Thüre ist die ist nicht geschlossen den lang rechts auf den Drücker geschlagen Wird aufgemacht.

Diese Schriftstücke bestätigen durch Inhalt und Form die in den ärztlichen Berichten auf Dementia paralytica gestellte Diagnose. Ihre Gesammtzahl vertheilt sich ziemlich gleichmässig über die Zeit vom Juni 1872 bis April 1874, und man darf aus ihnen, wie aus den mitgetheilten Krankheitsberichten den Schluss ziehen, dass während dieser Zeit und noch etwas länger, bis gegen Ende des Jahres 1874, also etwa $2^1/_2$ Jahr, der Krankheitszustand in gleicher Höhe, ohne erhebliche Remissionen und ohne wesentliche Steigerung der charakteristischen Krankheitserscheinungen und zumal der motorischen Störungen angedauert hat. Dann aber sind diese Symptome zurückgetreten, und als ich am 1. Juli 1875 nach Schwetz kam, fand ich ein ganz verändertes Krankheitsbild vor.

Die motorischen Störungen waren verschwunden; Gang und Haltung waren sicher und fest, und die Articulation ungestört. Auch die früher

erwähnte Pupillenstarre bestand nicht mehr; die Pupillen waren eng, aber gleich und reagirten gut. Nur die Schriftzüge verriethen ab und zu noch eine Unsicherheit, und die Zunge gerieth beim Herausstrecken leicht in Zittern. Wahnvorstellungen äusserte er nicht mehr; doch hatte er mit ihnen nicht gebrochen. Brachte man ihn auf seine bezüglichen früheren Aeusserungen, so gab er ausweichende Antworten. Den Inhalt seiner irrsinnigen Schriftstücke bezeichnete er als Unsinn, den er aus Zeitvertreib niedergeschrieben; er sei auch damals nicht krank gewesen, denn Irre könnten die Feder nicht führen. Ein Krankheitsbewusstsein liess er stets vermissen. Seine Frau habe ihn in die Anstalt gebracht, weil sie selbst geisteskrank sei und sich von ihm scheiden lassen wolle. Ein andermal sagte er, dass er nur in Folge des Gutachtens, welches Dr. *L.* hinter seinem Rücken ausgestellt habe, in der Anstalt zurückgehalten werden könne; dass die Anstaltsärzte selbst ihn für krank hielten, gab er an, nicht zu wissen. — Derartige Gespräche fing er niemals von selbst an; er verrieth bei ihnen eine gewisse Verlegenheit und suchte sie bald abzubrechen. Nur selten verlangte er seine Entlassung und zwar in bescheidener, fast schüchterner Art, und er liess sich dann immer sehr leicht abtrösten. Im Ganzen trat er sehr wenig hervor. Stets aber blieb er ruhig und ohne jede Erregung und zeigte den Aerzten und seiner Umgebung gegenüber ein freundliches, meist harmlos gemüthliches Verhalten. Die Zeit verbrachte er mit leichter Lectüre, Unterhaltungsspielen und Spazierengehen. Auf Laien machte er den Eindruck eines Gesunden, und so kam es denn, dass ein am 7. Juni 1875 abgehaltener Explorationstermin, obgleich beide Sachverständige ihn für blödsinnig erachteten, nicht sogleich die Entmündigung zur Folge hatte. Erst nachdem ich als dritter Sachverständiger gehört war, wurde durch Erkenntniss vom 25. April 1876 die Blödsinnigkeits-Erklärung ausgesprochen.

Nachdem der relativ sehr günstige Zustand etwa 4 Jahre angedauert hatte, wurde im Einvernehmen mit seinen Verwandten Dr. F. am 26. Dec. 1878 als gebessert entlassen. Da seine Frau inzwischen in das Haus ihrer Eltern zurückgekehrt war, so ging er zunächst zu seinem Bruder in eine Mittelstadt seiner entfernten Heimathsprovinz. In den ersten anderthalb Jahren nach der Entlassung habe ich noch drei Briefe von ihm erhalten, die stellenweis noch eine Unsicherheit der Handschrift zeigen. Am auffälligsten ist dies in dem ersten vom 23. Febr. 1879. Es heisst in demselben: „Ich kann Ihnen die freudige Mittheilung machen, dass ich mich in einem vortrefflichen Gesundheitszustande befinde. In der kurzen Zeit habe ich mir viele aufrichtige Freunde und Gönner erworben, geniesse die allgemeinste Achtung und Vertrauen, werde vielseitig von Patienten consultirt und übe auch in der Stadt unentgeldliche Praxis aus, mit dem besten Erfolge. Meine Lust und Liebe nach meiner ärztlichen Thätigkeit ist unbeschreiblich, aber auch meine Sehnsucht nach meiner Selbstständigkeit ist noch grösser, was ich durch meine unentgeldlich ausgeübte, ärztliche Thätigkeit eben beweise."

Diese Mittheilungen beruhen z. Th. wohl noch auf einer krankhaften Euphorie. Thatsächlich hat es sich mit der Praxis nicht so leicht gemacht. Anderweitig habe ich aus zuverlässiger Quelle Folgendes über ihn erfahren. Er wurde von dem Kreisphysikus seines Ortes hinsichtlich seines psychischen Zustandes sehr günstig beurtheilt, und infolge dessen wurde seine Entmündigung aufgehoben (am 6. Dec. 1879). Es gelang ihm jedoch nicht zu einiger ärztlichen Beschäftigung zu kommen und er ging deshalb 1880 in ein Landstädtchen einer anderen Provinz, in welchem wegen der Nähe der Kreisstadt sich ein Arzt bisher nicht halten konnte. Um diesem Uebelstande abzuhelfen, hatte die Regierung den Wohnsitz des Kreiswundarztes dorthin verlegt; aber auch in dieser Stellung hielten zwei Vorgänger des Dr. F. daselbst nicht lange aus. Dieser jedoch fand bei bescheidenen Ansprüchen sein Auskommen, er gefiel den Leuten, Niemand hat einen Mangel in geistiger Beziehung an ihm wahrgenommen, und die Urtheile über sein Verhalten und seine ärztliche Thätigkeit lauteten andauernd so günstig, dass es zulässig erschien, ihm die Verwaltung der Kreiswundarztstelle anzuvertrauen, was jedoch in Berücksichtigung der früheren Psychose vorerst nur commissarisch geschah (1881). Die definitive Anstellung ist erst nach Verlauf mehrerer Jahre erfolgt, während deren er andauernd ein angemessenes Verhalten gezeigt hatte und jegliches Bedenken geschwunden war.

Mit Einschluss des 3jährigen Prodromalstadiums sind jetzt 19 Jahre seit dem Beginn der Krankheit verflossen, die Remission der für Paralyse charakteristischen Symptome trat vor 13 Jahren ein und hat seitdem ununterbrochen angehalten; seit 9 Jahren übt Dr. F. die ärztliche Praxis wieder aus, und schon 7 Jahre versieht er jetzt das Amt eines Kreiswundarztes wieder. Wohl sind Zweifel daran erlaubt, dass er allmälig seine volle Integrität wiedererlangt hat; jedenfalls aber liegt hier eine Besserung vor, wie sie bei Dementia paralytica selten eintritt, und die wohl als Genesung bezeichnet werden darf, wenn hier derselbe Maassstab angelegt wird, der sonst bei inneren Krankheiten üblich und berechtigt ist.

Discussion.

Herr *Jastrowitz*. Ich habe 1871 in der Charité einen Mann behandelt, der aus dem Feldzuge zurückgesandt wurde. Er hatte exquisite Grössenideen, auch Sprachstörung. Von seinen Grössenideen erinnere ich mich noch einer, wonach er die Spitze des Strassburger Münsters abgeschossen haben wollte. Nach einigen Monaten wurde er gebessert entlassen. Die Diagnose der Paralyse war damals von *Westphal* und von mir gestellt worden. Seitdem habe ich Patient wiederholentlich und noch erst vor Kurzem gesehen, vor ca. 8 Jahren ihn an Schreibekrampf behandelt. Er zeigt einen leichten Grad von Schwachsinn, eine gewisse Apathie und Schlaffheit. Schlaffheit prägt sich auch in seinen Gesichtszügen aus, sonst sind keinerlei Lähmungen, namentlich keine Sprachstörungen vorhanden. Seit

vielen Jahren ist er im auswärtigen Amt als Secretär beschäftigt und ist selbst befördert worden. Natürlich liegt der Gedanke nahe, dass hier ein Irrthum in der Diagnose vorliege, man könnte denken, dass hier eine Manie vorgelegen habe. Andererseits war das Bild der Paralyse sehr markant, es bestand Sprachstörung und auch Demenz, welche, wenn auch nur in geringem Grade, verblieben ist.

Diese Erfahrung, welche über einen Zeitraum von 17 Jahren sich erstreckt, ist die einzige dieser Art, welche ich gemacht habe.

Mir will es jedoch scheinen, als wenn mit der Zunahme der Paralyse bei unserer Bevölkerung sich auch deren Charakter insofern geändert habe, als sie nicht so rapide mehr zu Ende führt und länger dauert. — Ich bringe dabei schon in Anschlag die bessere Pflege der Kranken in der Jetztzeit und sehe ab von den Paralysen auf Alkoholbasis, welche länger zu dauern pflegen. Ich kenne einen ausgesprochenen Paralytiker, dessen Paralyse mit den schwersten hypochondrischen Wahnvorstellungen, schwerer Sprachstörung vor ca. 9 Jahren begonnen hat. Er ist wiederholentlich in der Anstalt gewesen und hat dieselbe verlassen. Das Leiden ist progressiv, die Demenz wird stärker, er schmiert, aber der Verlauf ist eben ein sehr langsamer, wie er wohl nicht leicht zur Beobachtung kommt.

Herr *Müller:* Der von Collegen *Wendt* mitgetheilte Fall von Dement. paralytica erscheint mir doch kein Fall der klassischen progressiven Form zu sein. Dafür spricht schon der langsame Verlauf des Leidens und das Fehlen mancher wichtigen Symptome, die bei der Dement. paralytica progr. nicht zu fehlen pflegen. Es ist diagnostisch und prognostisch nicht gleichgiltig, ob die Dement. paralytica auf luetischem oder alkoholischem Boden gewachsen, ob sie sich an apoplectische oder neuritische Processe anreiht. Jedenfalls sind Form und Verlauf der Krankheit verschieden und der Verlauf der specifischen Paralysis progressiva ein anderer als der der Dementia paralytica der letzteren Kategorien. Eine Heilung einer klassischen Dementia paralytic. progress. mit ausgesprochenen vasoparalytischen Symptomen ist mir — selbst in ihren ersten leichten, jedoch charakteristischen Anfängen — nicht bekannt. Die Abnahme der Energie des Gedächtnisses ist das zuverlässige Zeichen der schweren Formen, die auch meist von vornherein mit Aphasie complicirt ist.

Herr *Zenker:* Er müsse dafür halten, dass das vom Dr. *Wendt* geschilderte Krankheitsbild ein für Dementia paralytica recht charakteristisches sei. Dass diese Krankheit im Allgemeinen gutartiger geworden sei, könne er nicht bestätigen, da er noch keinen einzigen Fall von Heilung beobachtet habe und auch die meisten veröffentlichten Fälle dieser Art nachträglich hätten als solche widerrufen werden müssen.

Was die Frage der Zunahme der Dem. paralyt. anbelange, so müsse *Zenker* sagen, dass es ihm scheine, als ob die Manien und Melancholien bei Männern in deren besten Jahren in demselben Maasse abnehmen,

wie man in den Anstalten eine Zunahme der Dementia paralytica beobachte.

Herr *Mendel:* Ich halte den Fall des Collegen *Wendt* für einen ungemein interessanten, vielleicht für ein Unicum, denn die grösste Zahl von Fällen von Heilung von Paralyse, welche veröffentlicht worden sind, verdienen kaum diesen Namen; sie sind z. Th. schon wieder in den Irrenanstalten, wenn sie als „geheilt" gedruckt erscheinen.

Wenn Herr College *Müller* den Namen „progressive Par." für den mitgetheilten Fall nicht gelten lassen will, so ist das in Bezug auf das Wort „progressiv" richtig, er war nicht progrediens ad mortem. Wir werden uns aber schneller einigen, wenn wir den Fall als „geheilte Dementia paralytica" bezeichnen. Die von Herrn Collegen *Müller* hervorgehobene Trennung der verschiedenen Fälle von Paralyse halte ich ebenfalls für nothwendig, zum Theil aber nicht für durchführbar. Wir müssen uns begnügen, eine grosse Zahl gleicher oder ähnlicher klinischer Fälle in einen Topf zu werfen, wenn sie auch ätiologisch und pathologisch-anatomisch different sind.

Die Frage, ob die Paralyse ihren klinischen Verlauf in der Neuzeit geändert hat, möchte ich nach meiner Erfahrung dahin beantworten, dass die klassische Form der Paralyse mit prodromal-melancholischem, maniakalischem und dementem Stadium sehr viel seltener geworden, dass dagegen die sogenannte demente Form der Paralyse an Häufigkeit erheblich zugenommen, Fälle, in denen von Anfang an eine erhebliche Schwäche der Intelligenz — mit oder ohne apoplectische Anfälle — besteht, wo zwischendurch auch melancholische oder hypochondrische Vorstellungen auftreten oder maniakalische Exaltation sich zeigt, ohne dass jedoch diese Erscheinungen einen erheblichen Grad annehmen. Diese demente Form hat nun aber im Allgemeinen eine längere Dauer, und so glaube ich auch, dass die Durchschnittszeit der Paralyse etwas grösser geworden.

Mit den Erfahrungen des Collegen *Zenker* in Bezug auf die Seltenheit der sogenannten primitiven Form von Geistesstörung bei Männern im Alter von 30—45 Jahren aus den grösseren Städten und den gebildeten Ständen stimmen die Meinungen vollständig überein, wie ich sie schon früher veröffentlicht habe.

Wendt bemerkt zum Schluss, dass seines Erachtens der Fall hinreichend charakterisirt sei und zur Dementia paralytica gestellt werden müsse. Allerdings fehle bei ihm das Progressive im Krankheitsverlauf; aber gerade, weil er nicht fortschreitend verlaufen, sondern zur Besserung mit andauernder Leistungsfähigkeit, beziehungsweise Genesung zurückgeführt sei, habe er denselben mitgetheilt.

Dr. *Neuendorff*-Bernburg, Casuistische Mittheilung über „einen Fall von monocularer Diplopie" aus der Bernburger Anstalt.

Frau E. wurde am 6. Februar 1885 zum ersten Mal der Anstalt über-

geben. Sie war vor 5 Tagen in Irrsinn verfallen, angeblich nach Vorwürfen, die ihr wegen Untreue gemacht worden waren.

Pat. ist gross, gut genährt, von angenehmem Aeusseren, der Gesichtsausdruck ängstlich und betrübt — die linke Gesichtshälfte schlaffer, die linke Lidspalte enger, die linke Stirn- und Scheitelbeinhälfte flacher. Haar voll, blond, Iris blau. Pupillen mittelweit, nicht ungleich. Hautteint hell. Zittern der Zunge, der ausgestreckten Arme und gespreizten Finger ist nicht zu bemerken. Die Körperhaltung grade und fest auch bei Augenschluss. Puls etwas beschleunigt. Die sichtbaren Schleimhäute etwas bleich. Menses fehlen.

6.—15. Anfänglich wenig Schlaf, blickt ängstlich um sich, glaubt viele Leute zu sehen, horcht auf. Spricht viel, glaubt im Gefängniss zu sein, abgeholt, verkauft zu werden durch vermeintlich Anwesende. Isst wenig, weint viel, klagt Stirnschmerz.

16.—30. Innere Unruhe bessert sich, im Ganzen ruhiger, zuweilen noch Stimmungswechsel und sporadisch melancholische Vorstellung. Pupillen ungleich, mittelgross, links enger. Weiss nichts von den Vorgängen zu Hause (dass sie ihr Kind ausgesetzt, es für den Hund Caro angesehen, und ihren Mann hat aufhängen wollen).

1.—31. März. Spinnt, strickt, hilft bei der Hausarbeit, fleissig und verständig. Meist zufrieden. Schlaf, Appetit gut.

13. April. Auf Wunsch entlassen.

Allgemeinbefinden liess nichts zu wünschen übrig.

II. Aufnahme 10. Juni. Wird im comatösen Zustande zugeführt. Liegt wie todt auf dem Wagen, muss getragen werden.

11. Juni. Erholt sich. Greift mit den Händen umher, spricht etwas, unklar, erkennt Niemand, benommen.

12.—18. Juni. Anfangs noch benommen, dann klarer. Linke Pupille verengt. Klagt über Schmerz auf der rechten Seite des Kopfes. Stirnschmerz beim Kämmen. Weint zuweilen. Spricht von „einem Brande“ — „Männer hätten ihr Vorwürfe gemacht.“ — Gefühls- und Gesichtshallucinationen.

1. Juli. Aussehen verstört, stier. Schrickt zusammen, wenn man sie anredet oder sich nähert.

15. Juli. Weniger benommen, klagt „Schwindel“.

30. Juli. Weint zuweilen, spricht vor sich hin, scheu. Gesichts- und Gehörstäuschungen, hört sagen „sie solle mitkommen“.

August. Anfangs etwas beschäftigt, dann wieder benommener, stierer. Muss wiederholt angeredet werden, bis sie Antwort giebt. Sieht „schwarze Gestalten an der Wand“ — „den grossen Herrn“.

27. August. Soporös, Pupillen sehr weit, reagiren, Gesichtsausdruck stier, Zungenspitze nach rechts. Reflexe nicht erhöht.

28. August. Wieder klarer, klagt über Brust- und Kopfschmerz.

Objectiv nichts nachweisbar.

8. September. Wieder soporös, aber leichter zu erwecken. Am nächsten Tage noch schwach. Kann nicht allein gehen. Zerstreut, muss gefüttert werden. Benimmt sich wie schlaftrunken, antwortet auf Fragen in abgebrochenen unarticulirten Lauten.

17. September. Krampfanfall, eingeleitet durch einen Schrei, dann vorwiegend epileptiforme Convulsionen des Kopfes und der oberen Extremitäten. Die Backen hochroth, wie geschwollen, glänzend, die Zunge wird hin und her gewälzt, Schaum tritt vor den Mund. Nach den Convulsionen Starre, vorwiegend der Cubitalgelenke. Allmälig Ruhe und Rückkehr in den alten somnolenten Zustand. Kopf liegt nach links, Zunge nach rechts, linke Pupille verengt, Bauch eingezogen.

20. September. Allmälig klarer. Hat in den 4 Tagen seit dem Anfall gefüttert werden müssen. Weint. Sagt „der liebe Gott möchte sich doch erbarmen". Sehr langsame Perception. Schrickt bei jeder Annäherung zusammen.

30. September. Erzählt, ehe der Anfall gekommen, habe sie einen alten Mann mit grossem Gesicht gesehen, der Mann habe sie umfassen und mit sich nehmen wollen. „Sie hatte Angst vor dem Wasser (?), da habe sie geschrieen."

Von October bis Februar 1886 ist der Zustand fast derselbe, alle 14 Tage ungefähr wiederholen sich schwere und leichtere Anfälle wie der oben beschriebene, dazwischen Klagen über Kopfschmerz. Dann wechseln leichte Erregungszustände, zweckloses Hin- und Herlaufen mit Zeiten ab, in denen Patientin stundenlang starr und stumm zum Fenster hinaussieht, oder sonst sich regungslos verhält, grosse Schlafsucht zeigt. Spricht vor sich hin, bringt unverständliche Aeusserungen, fürchtet sich vor Männern, die sie angeblich sieht.

Von März 1886 bis Ende September kein Anfall. Pat. ist kindisch, albern, vergesslich, zerstreut, gedankenschwach. Plötzlich unmotivirte Bewegungen und Sprünge. Auffahren wie aus einem Traum — dann Starren in's Leere, leichter Stimmungswechsel. August bis Ende September war Pat. zu kleinen Handreichungen brauchbar und beschäftigte sich leidlich im Hause.

28. September. Plötzlich grosse Schlafsucht, liegt diesen und den nächsten Monat im Bett. Cubital- und Kniegelenk contrahirt, bei Berührung und Bewegung äusserst schmerzhaft. Zwischendurch Schluckbeschwerden, Speichel läuft bisweilen aus dem Munde. Gesicht meist geschwollen, glänzend. Perception anfangs verlangsamt; Aufschrecken bei der Anrede, Zustand wie vorn geschildert.

November. Aufgestanden, doch schreit sie bei jedem Tritt, schleppt den rechten Fuss nach. Klagt über halbseitigen Schmerz im ganzen Körper. Rechter Arm vollständig monoplegisch. Der Arm hängt schlaff herab. Elektrische Reizbarkeit verlangsamt, zuerst = 0, später besser. Die Sensibilität scheint schwächer zu sein, als links, doch ist Pa-

tientin sehr unzuverlässig in ihren Angaben. Psychisch verschlossen, mürrisch, eigensinnig, sehr empfindlich. Plötzlich Grössenideen, „ist sehr reich, hat mehr als 1000 Thaler", „hat alle Kasten voll".

Dieser Zustand dauert bis Mai 1887. Die Unterextremität hat sich langsam gebessert und ist jetzt nahezu normal. Die Oberextremität noch vollständig monoplegisch, 1 cm an Umfang schwächer, als die linke. Bei wiederholten Untersuchungen zeigte sich jetzt ausgeprägte Hemianästhesie im Bereiche der rechten Kopfhälfte (auf dem Scheitel ist die Abgrenzung von der empfindlichen Hälfte haarscharf), des Cucullaris, der ganzen Oberextremität. Der Rumpf und die Unterextremität ist anfangs ebenfalls anästhetisch, doch schwinden die Symptome hier sehr bald. Muskelsinn vorhanden, Tast- und Temperatursinn erhalten, Geruch fehlt (schwer zu eruiren, ob einseitig). Bei dieser Untersuchung stellt sich ausserdem heraus, dass Patientin doppelt sieht auf beiden und dem linken Auge, während sie rechts einfach sieht. Es ist keine Stauungspapille, keine Atrophie, ebenso weder Gesichtsfelddefect noch Hemiopie etc. vorhanden. Der Augenhintergrund völlig normal.

Der psychische Zustand ist dem im September 1886 geschilderten gleich.

Im weiteren Verlauf des Falles wiederholen sich kleinere Anfälle von Schlingbeschwerden mit Speichellaufen von kurzer Dauer.

Die Hemianästhesie bessert sich allmälig von unten nach oben und ist im Februar 1888 vollständig geschwunden. Patientin, der man früher den Arm mit Nadeln spicken konnte, geht jetzt jeder Berührung aus dem Wege.

Im Juni 1888 wird ein Besserwerden der Monoplegie beobachtet und zwar so, dass Patientin die Finger der Hand benützt, während sie das Ellenbogengelenk unterstützt. Lässt sie die Stütze fort, fällt der Arm sofort schlaff herunter.

Im November 1888 ist die Monoplegie ganz geschwunden. Der Arm kann über den Kopf erhoben werden. Die Atrophie des Arms ist noch deutlich, die Druckkraft ebenfalls geringer als links. Die monoculare Diplopie besteht fort.

Psychisch ist keine Besserung vorhanden. Patientin ist nach wie vor albern, kindisch, schwach. Sehr häufiger Stimmungswechsel ist vorhanden, ebenso werden noch vorwiegend Gesichtstäuschungen beobachtet. Sie läuft sinnlos fort, bezieht die Reden ihrer Umgebung auf sich, zankt, geräth in Conflict, ist leicht reizbar.

Der Fall wurde vom Vortragenden mitgetheilt, da er eine Bestätigung resp. eine Berichtigung seiner Diagnose, die auf corticalen Ursprung lautete, erbitten wollte und zugleich erhoffte, weitere Erfahrungen über monoculare Diplopie und deren Ursachen zu sammeln.

Dr. *Liebe*-Schweizerhof, Ein Fall von acut auftretender Hysterie mit Laryngospasmus in der Reconvalescenz vom Morphinismus.

Unter der Bezeichnung „secundäre Abstinenzsymptome" erwähnt *Erlenmeyer* [1]) das Vorkommen krankhafter Erscheinungen von Seiten des Nervensystems bei Morphinisten mehrere Monate nach vollendeter Morphiumentziehung. Er bezeichnet selbst den Ausdruck als nicht zutreffend, da es sich hier nicht um eigentliche Abstinenzerscheinungen, d. h. directe Folgen der Entziehung, sondern um Folgen zu starker Anforderungen handelt, welche an das noch geschwächte und abnorm reizbare Nervensystem gestellt werden. Er hat demgemäss die erwähnten Erscheinungen vorwiegend auftreten sehen bei Patienten, welche gezwungen waren, bald nach der Entziehungscur ihre Berufspflichten wieder aufzunehmen, wo dann ein geringfügiger Anlass, körperliches Unwohlsein oder psychische Erregung, genügte, um den Kranken wiederum schlaflos, psychisch verstimmt und arbeitsunfähig zu machen. Es sind also diese Zustände lediglich Exacerbationen des nervösen Schwächezustandes, an welchem alle Morphinisten noch viele Monate nach der Entziehung leiden und welcher eine häufige Ursache der Rückfälle bildet.

Als ebenfalls dahin gehörig möchte ich nun die nervösen Störungen bezeichnen, welche in dem Ihnen sogleich mitzutheilenden Falle in der Reconvalescenz, und zwar 7 Wochen nach Aussetzen des Morphiums unter dem Bilde der Hysterie plötzlich auftraten, ohne dass freilich das oben erwähnte ätiologische Moment deutlich ausgesprochen gewesen wäre.

Es handelt sich um eine unverheirathete, 30jährige Dame aus den höheren Adelskreisen, von geistig abnormer Veranlagung und Entwickelung. In früher Kindheit verlor sie die Mutter dadurch, dass dieselbe mit einem Liebhaber davonging; dieselbe ist jetzt eine berüchtigte, schon wiederholt gerichtlich bestrafte Hochstaplerin. Der Vater scheint die Erziehung der Kinder ungenügend überwacht zu haben. Patientin war von Natur begabt, aber jedem Zwange sehr widersetzlich, zur Unwahrheit und Genusssucht hinneigend. Nach dem Tode des Vaters in den Besitz ihres Vermögens gelangt, fing sie an allein umherzureisen und sich viel in Bädern und Kurorten aufzuhalten, wo sie eine excentrische und zweifelhafte Lebensweise führte; sie wurde in dem Maasse verschwenderisch, dass sie vor 5 Jahren unter Curatel gestellt werden musste. Schon vorher hatte sie sich dem Morphiummissbrauch hingegeben; den ersten Anlass dazu scheint ein Lungenleiden gegeben zu haben. Eine erste Entziehungscur verlief erfolglos, da sie sich heimlich Morphium zu verschaffen wusste; eine zweite,

[1]) Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. III. Aufl. pag. 89.

ein Jahr vor ihrer Aufnahme, glückte, doch wurde Patientin rückfällig, als sie als freiwillige Krankenpflegerin in ein Krankenhaus eintrat und also bequeme Gelegenheit hatte, sich das Mittel zu verschaffen. Sie wurde dann in einem Predigerhause untergebracht; eine Entwöhnung scheiterte auch hier an dem unwahren und heuchlerischen Verhalten der Patientin, welche sich vor Fälschungen und Schwindeleien nicht scheute, um in den Besitz des Mittels zu kommen.

Am 10. September v. J. erfolgte ihre Aufnahme in die Anstalt. Die Patientin ist sehr gross, von sehr starkem Knochenbau; der Gehirnschädel ist lang, aber im Verhältniss zum Gesichtsschädel und zum übrigen Skelett klein, die Stirn flach und niedrig, die Incisur zwischen Ohrläppchen und Halshaut fehlt. Fettpolster und Musculatur sind abgemagert, schlaff; die Haut ist trocken, welk, in der rechten Hüftgegend finden sich einige Injectionsabscesse; die Schleimhäute sind blass. Es bestehen keinerlei sichtbare Innervationsstörungen. Sichere Nachrichten über die zuletzt gewöhnte Morphiumdose von objectiver Seite fehlen; sie selbst giebt an, in letzter Zeit 0,5 g täglich gebraucht zu haben. Am ersten Tage ihres Anstaltsaufenthaltes erhielt sie 0,18 Morphium, und diese Dose wurde allmälig verringert, sodass nach 5 Wochen Patientin noch 0,02 eingespritzt erhielt. Schwerere Abstinenzsymptome blieben in dieser Zeit aus; doch bestand mangelhafter Schlaf und Appetit, sowie häufige Klagen über Migräne; die Stimmung war schwankend und reizbar, der Kräftezustand gering, so dass die Patientin meist im Bette blieb. Die Menses traten in Zwischenräumen von kaum 3 Wochen regelmässig ein, das Körpergewicht nahm um 4 Pfd. ab. Es ist nun in hohem Grade wahrscheinlich, dass es der Patientin in Folge von Fahrlässigkeit der Wärterin gelungen ist, sich heimlich Morphium zu verschaffen; wenigstens traten vom 17. October ab, nachdem der einzige Weg, auf welchem ihr dies gelungen sein konnte, abgeschnitten war, sofort stärkere Abstinenzerscheinungen auf; grosse Unruhe, Benommenheit, beständiges Erbrechen, reichliche Schweisse, Congestion des Gesichts, frequenter Puls, auch einige auf Hallucinationen hindeutende Aeusserungen. Am 21. October erhielt Patientin die letzte Injection von 0,006 Morphium; die Abstinenzerscheinungen liessen allmälig nach, die Nahrungsaufnahme begann wieder und wurde von Ende October ab eine sehr reichliche. In der nun folgenden Reconvalescenz zeigte sich deutlich die geistige Schwäche der Patientin: sie erwies sich in hohem Grade voreilig und schwankend in ihren Urtheilen und Auffassungen, gab jedem Eindrucke des Augenblickes nach, war in ihrer Stimmung bald ausgelassen heiter, bald ärgerlich, unzufrieden, aus geringfügigem Anlass mit groben Kraftausdrücken herausfahrend; sie konnte sich nicht anhaltend und verständig beschäftigen, sondern verbrachte ihre Zeit, wenn sie allein war, mit dumpfem Hinbrüten oder kindischen Spielereien; in der Unterhaltung war sie tactlos, leicht erregt, liebte es, sich in blasirten Urtheilen und Renommistereien zu ergehen, zeigte sich in ethischer Hinsicht gefühllos ihren

nächsten Verwandten gegenüber, neigte sehr zur Heuchelei und Unwahrheit. An körperlichen Beschwerden bestand noch grosse Erschöpfbarkeit, zeitweise auftretende Anfälle von Migräne, sowie ein dauernd vorhandener Schmerz, welcher von der linken Seite des Hinterkopfes und Nackens bis in die Stirn ausstrahlte; objective Befunde fehlten. Die Menstruation trat jetzt in 4wöchentlichen Zwischenräumen auf; das Körpergewicht hatte bis zum 8. December, bis zu welchem Tage die Reconvalescenz ohne besondere Störungen verlief, um 22 Pfd. zugenommen. An diesem Tage hatte die Patientin eine gemüthliche Erregung in Folge von Familienangelegenheiten; doch war dieselbe nicht stärker, als frühere, aus anderen Anlässen bereits mehrfach vorgekommene, welche ohne weitere Folgen geblieben waren. Am folgenden Tage, dem 9. December, also genau 7 Wochen nach der letzten Morphiumeinspritzung klagte sie über stärkere Kopfschmerzen; Mittags trat eine leichte Ohnmacht ein, danach Unfähigkeit zu gehen, da sie das rechte Bein nicht aufsetzen könne. Die Untersuchung am 10. Morgens ergab an abnormen nervösen Erscheinungen: Herabsetzung der Tast- und Schmerzempfindung im Bereich des I. und II. Trigeminusastes links; vollständige Aufhebung desselben an der rechten Körperhälfte; der rechte Arm und das rechte Bein können activ frei bewegt werden, doch ist die motorische Kraft geringer als links; die linke Pupille ist etwas enger als die rechte, bei normaler Reaction; sonst keine weiteren Lähmungserscheinungen. Es muss hier im Vorhinein bemerkt werden, dass alle körperlichen Untersuchungen bei der Patientin in ihrer Genauigkeit nur mangelhafte Resultate ergaben, da sie einen grossen Widerwillen dagegen hatte, sehr rasch ermüdete und dann wechselnde und ungenügende Angaben machte. Von 6 Uhr Abends ab begannen sich nun die Erscheinungen zunehmender Stenose des Kehlkopfs einzustellen: Stridor, langgezogene Inspirationen, frequenter Puls, körperliche Unruhe, Heiserkeit, schliesslich Aphonie. Die bei der Unruhe der Patientin schwer ausführbare laryngoskopische Untersuchung ergab Phonationsstellung des linken, Inspirationsstellung des rechten Stimmbandes. Der Stridor wurde zunehmend lauter, gegen 9 Uhr bestand starke Cyanose und Einziehung der Hypochondrien und des Scorbiculus cordis. Nach Versagen aller anderen üblichen Mittel wurde jetzt eine Injection von 0,01 Morphium gemacht, die Wirkung war eine ganz prompte: Nach einigen Minuten liessen alle Erscheinungen von Seiten des Kehlkopfes nach und waren nach $^1/_4$ Stunde völlig verschwunden. 3 Stunden später, um Mitternacht, trat indess ein zweiter, dem ersten völlig gleicher Anfall ein, sodass gegen 3 Uhr Morgens wieder zur Injection geschritten werden musste, mit demselben prompten Erfolge. Bis zum Nachmittage des folgenden Tages blieben die Anfälle aus; Patientin fühlte sich sehr matt, sprach mit guter Stimme; die übrigen Erscheinungen, Anästhesien etc. bestanden unverändert fort. Um 3 Uhr Nachmittags trat wiederum ein laryngospastischer Anfall ein; 0,006 Morph. subcutan wirkte sofort, aber nur auf die Dauer von 2 Stunden, nach welcher Zeit sich wiederum

heftige Dyspnoe einstellte, welche dieses Mal durch innerliche Darreichung von 0,01 Morphium ebenso prompt beseitigt wurde. Der laryngoskopische Befund war derselbe wie gestern: Adduction des linken Stimmbandes bis zur Mittellinie. Am Abend dieses Tages wurde auch am linken Arm Anästhesie angegeben. Am 12. December traten die Athembeschwerden nur in leichter, vorübergehender Form auf; die übrigen Erscheinungen sind unverändert, auf der linken Kopfseite zeigte sich an diesem Tage auch Anästhesie im Bereiche des N. auriculo-temporalis; dagegen ist am 13. die Sensibilität im Gesicht und am linken Arm wieder normal. An diesem Tage trat von 1 Uhr Mittags ab ein sehr heftiger laryngospastischer Anfall ein, der sich rasch bis zu bedrohlicher Intensität steigerte: lauter Stridor, starke Cyanose, ein Puls von 130—140 Schlägen in der Minute. 0,01 Morph. per os blieb wirkungslos; eine Injection von 0,005 Morphium brachte einige Erleichterung; die jetzt vorgenommene Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel, welche vorher wegen grosser körperlicher Unruhe der Patientin unmöglich war, ergab wiederum denselben Befund wie früher. Von 7½ Uhr Abends ab nahm die Dyspnoe wieder rasch zu, so dass gegen 10 Uhr eine Injection gemacht werden musste, welche für die Nacht Ruhe brachte. In den folgenden Tagen bis zum 20. traten nun fast täglich gegen Abend Anfälle von Athemnoth ein, zu welchen sich jetzt ein sehr heftiger nervöser Husten, welcher sowohl die Einführung des Kehlkopfspiegels wie das Schlucken zur Unmöglichkeit machte, hinzugesellte. Patientin gebrauchte Bromkali in Dosen von 8 g pro die; Morphiuminjectionen erwiesen sich stets als wirksam; indess eine am 16. Abends versuchsweise gemachte Injection von Wasser mit Zusatz von etwas Alkohol ergab genau den gleichen Effect, nachdem der Patientin gesagt worden, sie bekäme jetzt, um sie nicht wieder an Morphium zu gewöhnen, ein anderes ebenso gut wirkendes Mittel. Diese rein psychisch wirkenden Injectionen wurden nun in der Folgezeit regelmässig gemacht, wenn die Anfälle eine bedeutendere Höhe erreichten, und stets mit demselbem prompten Erfolge; interessant ist es, dass auch hierbei wie bei der Morphiuminjection etwa 10 Minuten Resorptionszeit verstrichen, ehe die Wirkung eintrat. Alle anderen Mittel, wie Chloral, Elektricität, Baldrian, Senfteige, kaltes Wasser u. dgl. erwiesen sich wirkungslos. Der letzte Anfall trat am 27. December auf, nachdem dieselben schon vorher 6 Tage ausgeblieben waren. Auch die Sensibilitäts- und Lähmungserscheinungen verschwanden allmälig, sodass etwa von Mitte Januar ab der Zustand wieder derselbe war, wie er vor Eintritt der ganzen Störung gewesen war: dieselben, oben beschriebenen Symptome geistiger Schwäche, die Reizbarkeit und leichte Erschöpfbarkeit des Nervensystems, mangelnder Schlaf und häufige Anfälle von Migräne zeigten sich in unveränderter Weise. Unter bedeutender Steigerung des Körpergewichts indessen nahmen die Kräfte der Patientin allmälig zu, sodass sie am 14. April aus der Anstalt entlassen werden konnte. Sie hat sich vor etwa 14 Tagen wieder vorgestellt; ihr Befinden

ist bis auf immer noch häufige Migräneanfälle stets gut gewesen, Morphium hat sie ihrer Angabe nach nicht wieder genommen.

Es sind hauptsächlich zwei Momente, welche den eben mitgetheilten Fall der Mittheilung werth erscheinen lassen: erstens der 7 Wochen nach vollendeter Morphiumentziehung in jäher Weise die Reconvalescenz unterbrechende acute Beginn der nervösen Störung, und zweitens der Charakter der letzteren, welchen man als ausgesprochen hysterischen bezeichnen muss. Was den ersten Punkt betrifft, so erwähnte ich oben bereits die Auffassung *Erlenmeyer*'s über die Genese derartiger secundärer Symptome, und ich glaube, dass diese Erklärung auch für den mitgetheilten Fall die richtige und einzig mögliche ist. Das Nervensystem unserer Patientin erwies sich nach Vollendung der Entziehung als in hohem Grade geschwächt und reizbar, sowohl in psychischer, wie in körperlicher Beziehung; als nun an dasselbe höhere Anforderungen gestellt wurden, indem Patientin anfing, sich an geselligen Zusammenkünften und Unterhaltungen zu betheiligen, sich etwas zu beschäftigen, längere Spaziergänge zu machen u. dgl., genügte eine geringfügige gemüthliche Erregung, um das erneute Hereinbrechen schwerer functioneller Störungen zu veranlassen.

Obersteiner[1]) erwähnt, dass noch am zehnten Tage nach vollendeter Entziehung Collaps eintreten kann, und kürzlich hat *Ball*[2]) einen Fall veröffentlicht, in welchem 14 Tage nach Aussetzen des Morphiums tödtlich endender Collaps eintrat. Es handelte sich um eine Hysterica, welche 1,0 g Morphium pro Tag nahm; plötzliche Entziehung führte am 3. Tage zum Collaps, sodass zur allmäligen Entwöhnung übergegangen wurde, welche nach 42 Tagen beendet war. In der Reconvalescenz hysteriforme Erscheinungen und Neigung zu Ohnmachten; am 14. Tage nach einem Spaziergange plötzlicher Collaps und Tod trotz zahlreicher Morphiuminjectionen. Eigenthümlich und wohl kaum zutreffend ist die Erklärung, die *Ball* für diesen Fall giebt: aus dem Umstande, dass sich bei der Section bedeutende Mengen von Morphium in der Leber fanden, schliesst er, dass dasselbe von früher her im Körper zurückgeblieben, durch Autointoxication lange nach Aufhören des Gebrauchs diese Erscheinungen bewirkt habe. Nun ist doch aber nach allgemeiner Auffassung der Collaps ein Abstinenzsymptom par excellence, entsteht also nicht durch Intoxication, sondern durch das Gegentheil, die zu weit getriebene Entziehung des gewohnten Reizmittels, und wird daher durch Darreichung von Morphium bekämpft, wie es auch in dem *Ball*'schen Falle geschah, wodurch der Befund von Morphium in der Leber erklärt ist. Gegen die Annahme, dass Morphium längere Zeit im Körper zurückbleiben kann, spricht auch die Erfahrung

---

[1]) Wiener Klinik, Heft III, März 1883.

[2]) Ann. méd.-psychol. 1888, I, pag. 82—84.

Levinstein's[1]), dass die Morphiumausscheidung durch den Harn bei chronischem Abusus längstens am 6.—8. Tage nach der Entziehung beendet ist, und demnach ein ferneres Auftreten der Morphiumreaction im Harn ein sicherer Beweis ist, dass der Patient das Mittel weiter braucht.

Die ausgebreiteten Anästhesien und Analgesien, welche acut auftraten und theilweise ebenso plötzlich verschwanden, die laryngospastischen Anfälle, endlich der therapeutische Effect einer rein psychischen Einwirkung, wie es die Injectionen von verdünntem Alkohol darstellen, charakterisiren die Affection unserer Patientin als hysterisch. Das Vorkommen hysterischer Erscheinungen beim Morphinismus ist an sich nichts seltenes und nichts auffallendes; viele der Kranken sind von vornherein hysterisch und deswegen dem Abusus anheimgefallen. In diesem Falle ist es indess bemerkenswerth, dass die Patientin während und unmittelbar nach der Entziehung keinerlei hysterische Erscheinungen, sondern nur die gewöhnlichen Abstinenzsymptome dargeboten hatte; dieser Umstand ist zugleich ein Beweis dafür, dass es sich nicht etwa um erneute, directe Entziehungssymptome in Folge vorhergegangenen, heimlich fortgesetzten Morphiumgebrauchs gehandelt haben kann. *Erlenmeyer*[2]) beschreibt einen Fall bei einem männlichen Kranken mit Herzfehler, welcher 7 Tage nach der Entwöhnung hysterische Anfälle bekam, welche sich in grosser motorischer Unruhe, Lach- und Weinkrämpfen, sowie allgemeinen Muskelkrämpfen bei erhaltenem Bewusstsein äusserten und sich einige Tage lang fast täglich wiederholten. Einen Fall laryngospastischer Anfälle nach Morphiumentziehung habe ich in der Literatur nicht finden können.

Was endlich den laryngoskopischen Befund bei unserer Patientin betrifft, so möchte ich auf denselben keinen grossen Werth legen. Die Untersuchung war, wie schon erwähnt, stets nur mit Schwierigkeiten auszuführen, es gelang immer nur für einen Moment, ein Bild des Kehlkopfes zu erhalten. Der dann allerdings stets übereinstimmende Befund liesse nur die Annahme eines einseitigen Krampfes der Glottisschliessmuskeln zu; denn um einseitige Posticuslähmung kann es sich wohl kaum gehandelt haben, da die Intervalle zwischen den Anfällen in Bezug auf Athmung und Stimmbildung vollkommen frei waren und nach *Gottstein*[3]) diese Affection Stridor nur bei forcirter Inspiration und Dyspnoë nur bei Anstrengungen erzeugt. Das Vorkommen eines einseitigen Krampfes der Glottisschliesser finde ich aber bei *Gottstein*, der die nervösen Kehlkopfaffectionen gerade in sehr ausführlicher Weise behandelt, überhaupt nicht erwähnt; er betont freilich, dass man überhaupt selten Gelegenheit hat, während des Anfalles zu untersuchen.

---

[1]) Die Morphiumsucht, pag. 149.
[2]) l. c. pag. 271.
[3]) Die Krankheiten des Kehlkopfes, pag. 220.

In der Discussion erwähnt Herr *Moeli* eines Falles von Morphinismus, in dem bald nach der zweiten Entziehungscur lebhafte hysterische Krämpfe, Verwirrtheit und Delirien auftraten. Das 35jährige Fräulein hatte vorher nie solche Symptome dargeboten, stand jedoch im Verdachte sich nach der ersten Entziehung dem Potus hingegeben zu haben. Die Erscheinungen schwanden ohne neue Morphiumanwendung unter Hydrotherapie nach ca. $^3/_4$ Jahren.

Nach Schluss der Sitzung Mittagessen.

M.

Literatur.

Bernhard von Gudden's Gesammelte und hinterlassene Abhandlungen. Herausgegeben von Dr. *H. Grashey*, o. ö. Prof. der Universität und Director der oberbair. Kreisirrenanst. zu München. Mit 41 in Kupfer radirten Tafeln und einem Portrait. Wiesbaden, Bergmann. 1889. gr. 4. 224 Seiten.

Ein Prachtwerk nach Form und Inhalt und als solches ein würdiges Denkmal für unseren als Opfer seines Berufes gefallenen Kollegen! Hier ist ein Gesammtbild alles dessen, was er während seiner Lebenslaufbahn literarisch geleistet hat, und dies erstreckt sich nicht nur über das Gebiet der wissenschaftlichen Forschung, sondern auch über die practische Förderung der Irrenfürsorge und des Irrenwesens. Aus dem Gegebenen können wir aber auch ermessen, welchen Verlust wir durch den zu frühen Tod des Verf. verschmerzen müssen! Die zahlreichen Illustrationen seines Sohnes Rudolph sind vortrefflich und bezeugen ganz das liebevolle Eingehen in die Intentionen des Vaters, der, da sie schon während des Lebens desselben meist fertig waren, sie gegen seine Freunde zu rühmen allen Anlass hatte. Der Sammlung sind als neu hinzugefügt 3 Abhandlungen: „Ueber Augenbewegungsnerven", „Ueber das Gehirn und den Schädel eines neugeborenen Idioten" und „Ueber ein viertes Bündel der Fornixsäule". Auf das ganz ähnliche charakteristische Portrait sei noch besonders aufmerksam gemacht. *L.*

Dr. *J. Salgó*, Compendium der Psychiatrie für practische Aerzte und Studirende. IIte verbesserte und sehr vermehrte Auflage von *J. Weiss*' Compendium. Wien 1889. Verlag von Bermann und Altmann. 435 S.

Die erste 1881 erschienene Auflage ist in dieser Ztschrft. (Bd. XXXVII, S. 644 u. ff.) ausführlich besprochen worden, und die damals hervorgehobenen Vorzüge und Mängel gelten auch für diese 2. Auflage. Neu hinzugekommen sind im allgemeinen Theil ein besonderes Kapitel über „die Ursachen der Geistesstörung", im speciellen Theil die Beschreibung der acuten

hallucinatorischen Verwirrtheit und der Hysterie, sowie ein kurzer Abschnitt über „die forensische Seite der Psychiatrie". Klare Darstellung zeichnet auch diese Abschnitte aus, ebenso trifft man aber auch hier auf viele individuelle Anschauungen des Verf., die die Mehrzahl der Collegen befremden dürften. Einzelne Widersprüche fallen auf, wie z. B. S. 129 „das Krankheitsbild der acuten hallucinator. Verwirrtheit kommt unter dem Einflusse des Klimakteriums besonders häufig zur Entwickelung" und S. 291, „Sie (die acute hallucinatorische Verwirrtheit) ist vorzüglich die Erkrankung des jugendlichen Alters vor dem 30. Lebensjahre. In vorgeschrittenerem Alter habe ich sie nur nach erschöpfenden und protrahirteren fieberhaften Krankheiten, so nach acutem Gelenkrheumatismus auftreten gesehen." — Aus dem Kapitel über „die forensische Seite der Psychiatrie" sei nur auf die kurze aber klare Beleuchtung der jetzt vielumstrittenen „verminderten Zurechnungsfähigkeit" hingewiesen (S. 405 u. ff.). *L.*

Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hülfsdisciplinen in allen Ländern. Von Dr. ***H. Laehr***. 3. verm. u. verb. Aufl. Berlin, G. Reimer, 1889. 8°. 160 S.

Auch diese neue Auflage hat manche Umarbeitung erfahren und führt 1890 Gedenktage an. Dem aufmerksamen Leser wird manches gemeinsame und manches doch wieder trennende in der Entwickelung des Irrenwesens der einzelnen Länder nicht entgehen. Der Verf. wünscht noch von mancher Thatsache in Kenntniss gesetzt zu werden, welche die Sicherung der Anstalten, die Werthstellung der Aerzte und die Förderung der Fürsorge für das Pflegepersonal in ihnen betrifft. Ein sorgfältig ausgearbeitetes Inhaltsverzeichniss giebt einen Wegweiser dafür. *L.*

Kleinere Mittheilungen.

Ueber Atavismus des Verbrechens.

Die geschichtliche Entwickelung der Psychiatrie war in Deutschland, Frankreich und England mit ganz seltener Ausnahme eine stetige, streng inductive und hat von Jahrzehnt zu Jahrzehnt an Erweiterung und Vertiefung gewonnen. In Italien dagegen, wo ausser *Chiarugi* bis in die zweite Hälfte unseres Jahrhunderts wenig Bewegung ersichtlich war, ist mit Prof. *Lombroso* und seiner Schule eine ungewohnte Thätigkeit und Rührigkeit in psychiatrischen Dingen entstanden und mit dem Genannten eine specifisch italienische Richtung inaugurirt worden, die im Principe, soweit ich die psychiatrische Literatur Europas zu überschauen im Stande bin, von der inductiven stetigen Laufbahn der oben genannten Länder dadurch wesentlich abweicht, dass sie die *Darwin*'sche Evolutionstheorie als Basis und Ausgangspunkt gewählt und damit in der psychiatrischen Literatur, um mich eines aus der politischen Parteibildung entlehnten Ausdruckes zu bedienen, sich auf die äusserste Linke gestellt und den allein richtigen Weg in den Naturwissenschaften der Induction verlassen und in deductorische Bande sich verwickelt hat. Epochemachend für die wissenschaftliche Richtung *Lombroso*'s [1]) ist sein im J. 1876 veröffentlichter „l'uomo delinquente", der in nuce seine Grundsätze enthält, zu deren Erweiterung und Entwickelung er seit 1883 eine Zeitschrift „Archivio di Psichiatria" [2]) etc. erscheinen lässt.

Von Anbeginn seiner wissenschaftlichen Thätigkeit an hat *Lombroso* den geisteskranken und verbrecherischen Menschen in Beziehung gesetzt und meines Erachtens gerade dadurch die Unhaltbarkeit und Unannehmbarkeit seines wissenschaftlichen Ausgangspunktes bewiesen und evident

[1]) L'uomo delinquente studiato in rapporto alla antropologia, alla medicina legale ed alle discipline carcerarie pel Prof. *Cesare Lombroso*. Milano 1876.

[2]) Archivio die Psichiatria, scienze Penali ed Antropologia Criminale per servire allo studio dell' Uomo Alienato e Delinquente. Roma-Torino-Firenze. Fratelli Bocca.

gezeigt, wie sehr die Deduction in naturwissenschaftlichen Fragen zu schaden vermag.

Ich beabsichtige nun an einem Kapitel des l'uomo delinquente, das mit „l'atavismo del delitto" — Atavismus des Verbrechens — überschrieben ist, meine Zweifel an den Fundamentalgrundsätzen *Lombroso*'s vorzulegen und zu begründen, und möchte es sich zeigen, dass die Evolutionslehre *Darwin*'s, der noch alle Eigenschaften der Hypothese anhaften, ebensowenig geeignet ist als Basis für die Strafrechtslehre und für die Auffassung und Beurtheilung der geisteskranken und verbrecherischen Menschen zu dienen, als *v. Hellwald* andererseits wider Willen den unumstösslichen Beweis erbracht hat, dass die genannte Hypothese als Fundament einer Culturgeschichte der Menschheit zu ebenso traurigen als trostlosen Resultaten führte. — Er gelangt zum sterilsten Pessimismus, wie *Lombroso* für das Criminalrecht in längst überwundene Standpunkte, ja in eine Art Atavismus des Rechtes.

Vorerst will ich nun an der Hand des genannten und ohne Zweifel inhaltreichen und sehr gelehrten Werkes *Lombroso*'s alle jene Erscheinungen und Thatsachen anführen, die nach ihm den Atavismus des Verbrechens, d. h. den Rückschlag des Verbrechers in uralte Zeiten unseres Geschlechtes oder in Zustände, wie sie ungesittete Völker heute noch zeigen, beweisen sollen, und dann erst in eine kurze Analyse der genannten Sätze eingehen. *Lombroso* beginnt seine Beweisführung damit, dass er sagt, viele sogenannte wilde Völker mit farbiger Haut hätten mit den Verbrechern manche Charaktere gemeinsam.

Hierzu rechnet er den kargen Haar- und Bartwuchs, das geringe Körpergewicht, die geringe Schädelcapacität, die zurückweichende Stirn, die stark entwickelten Stirnhöhlen, die grosse Häufigkeit der Stirnnaht, die vorzeitige Synostose der Schädelknochen und ihre grössere Dicke, die enorme Entwickelung der Unterkiefer und Jochbeine, die Schiefheit der Augenhöhlen, dann die unreine Haut, das verfilzte und geringelte Haar, die mangelhaft entwickelten oder voluminösen Ohren, die grössere Analogie der Geschlechter, die wenig hervortretende Zeugungsfähigkeit, die geringe Empfindlichkeit gegen Schmerzen, den vollständigen Mangel an normalen Gefühlen, die Trägheit und Sorglosigkeit, Muth mit Feigheit gepaart, die grosse Eitelkeit und übertriebene Werthschätzung des eigenen Ichs und die leichte Zugänglichkeit für Aberglauben.

Wolle man die Analogie zwischen Verbrechern und sogenannten Wilden noch weiter treiben, so gehörten hierher die Liebhaberei für die Metapher und die Onomatopoe der Sprache, die rasch improvisirten Gesetze ihrer Verbindungen, der ganz persönliche Einfluss ihrer Anführer, die Sitte des Tätowirens und selbst eine eigene Literatur, die an die Heroenzeit erinnere, und in der man das Verbrechen besinge, und wo die Gedanken mit Vorliebe in rhythmische oder gereimte Formen sich einkleideten.

Dieser Atavismus erkläre auch den Geist und die Fortpflanzung einzelner Verbrechen, da sonst z. B. Päderastie, Kindermord, die ganze Gesellschaftskreise ergriffen, sich schwer deuten liessen, wollte man sich nicht an die Geschichtsperiode der Griechen und Römer erinnern, in welcher sie nicht nur als kein Verbrechen, sondern gleichsam als moral. Gepflogenheit galten.

Hierzu gesellt sich noch die Neigung zum Cannibalismus, selbst wo Rache und Leidenschaft fehlen und öfter noch jene Form wilder Blutgier mit Wollust gemischt annehmen, wie sie bei verschiedenen Verbrechen gezeigt, und wo der Atavismus noch durch Epilepsie, Idiotie und allgemeine Paralyse begünstigt würde, immerhin aber an jene Zeit erinnern, wo die geschlechtliche Vereinigung der Menschen gleich wie der Thiere mit wilden und blutigen Kämpfen verknüpft war, sei es um das Widerstreben des weiblichen Theils zu bändigen oder um Rivalen zu besiegen.

Aus derartigen Erscheinungen ginge aber der klare Beweis hervor, dass selbst die schrecklichsten und unmenschlichsten Verbrechen noch einen physiologischen und atavistischen Ausgangspunkt hätten, in denen die thierischen Instincte, die durch einige Zeit im Menschen durch Erziehung, Lebensstellung, Furcht vor Strafen zurückgedrängt worden, auf einmal unter dem Einflusse gewisser Umstände, wie Krankheit, meteorologische Erscheinungen, Nachahmung, Samenüberfluss, erzeugt durch übermässige Enthaltsamkeit etc. aufwalleten. Wenn man dann noch bedenke, wie gewisse krankhafte Bedingungen als Kopfverletzungen, Hirnhautentzündung, Alcoholismus und anderen chronischen Vergiftungen oder gewisse physiologische Verhältnisse, wie z. B. das Greisenalter, einen Stillstand der Entwickelung der Nervencentren bedingten, so wäre leicht zu begreifen, wie sie die Neigung zum Verbrechen erleichterten.

Erwäge man aber schliesslich noch, wie gering der Abstand zwischen dem Verbrecher und dem sogenannten Wilden sei, so begreife man auch, wie Männer des Volkes, selbst wenn sie nicht unmoralisch seien, für die Schuldigen sonst eine wahre Vorliebe hätten, ja wie die Verbrecherwelt eine Art Heldenthum bildete, und wie andererseits Galeoten so leicht mit den Wilden sich vermischten und ihre Sitten, ja selbst den Cannibalismus nicht ausgeschlossen, annehmen, wie man dies in Australien und Guyana finde. Dem könne man noch beifügen, wie unsere Kinder vor aller Erziehung den Unterschied zwischen Tugend und Laster nicht kennten, wie sie stehlen, schlagen und ohne den geringsten Anstand lügen, so dass recht wohl zu begreifen sei, wie ein grosser Theil der Kinder, verlassen, verwaist und ausgesetzt, sich dem Laster ergebe und in früher Jugend dem Verbrechen anheimfalle. Desgleichen erkläre sich die Unwirksamkeit der Strafe unschwer durch den Atavismus, sowie andererseits die befremdliche Thatsache einer gegebenen Anzahl von Verbrechen, desgleichen ihre Art und ihr Auftreten in bestimmten Monaten. Es ginge daraus hervor, was *Maury* richtig gesagt, dass wir von stummen Gesetzen regiert würden, die

nie in Abgang kämen, vielmehr die menschliche Gesellschaft sicherer regierten als alle codificirten Gesetze.

Das Verbrechen erscheine mit Einem Worte sowohl nach der Statistik als nach anthropologischen Untersuchungen als ein natürliches Phänomen, das nach den Aussprüchen einiger Philosophen so nothwendig sei, wie Empfängniss, Geburt und Tod. So kühn die Idee von der Nothwendigkeit des Verbrechens auch scheinen möge, so sei sie doch keineswegs neu, noch auch so unorthodox als sie beim ersten Blick Vielen erscheinen möchte. Schon vor vielen Jahren hätte *Casaubono* geschrieben: der Mensch sündigt nicht, sondern ist in verschiedenem Grade beherrscht, und auch *Plato* hätte die Perversität des Verbrechers seiner Organisation und der Erziehung zugeschrieben, so dass man Eltern und Lehrer verantwortlich machen solle.

So weit *Lombroso*.

Man kann und will nun die von ihm angeführten Körperanomalien, wie sie sich bei vielen Verbrechern finden, und ihre Vergesellschaftung mit geringer Ausbildung der Intelligenz und Rohheit des Gemüthes nicht in Abrede stellen, aber dagegen muss protestirt werden, dass jene Anomalien als Regel betrachtet und als normale Zustände unseres Geschlechtes in seiner Jugendzeit aufgefasst werden. Abweichungen von der Norm hat es immer gegeben und wird es immer geben, doch sind sie als solche aufzufassen und zu deuten.

Die angeführten Abnormitäten gehören nach dem heutigen Standpunkt der Psychiatrie fast sämmtlich unter die Degenerationszeichen und können sowohl Verbrechern wie Irren oder verbrecherischen Irren angehören. Ihre Dignität aber als ätiologisches Moment bei Geisteskranken und Verbrechern recht aber nicht im Atavismus, sondern in der Heredität oder, mit anderen Worten, jene Körperanomalien bedeuten nicht ein Zurückgreifen auf frühere Zustände unseres Geschlechtes, sondern eine in steigender Linie sich ausbildende Degeneration einzelner Geschlechter und Familien bis zu deren Aufhören und Erlöschen.

Wenn der Mensch in den verschiedenen Phasen seiner embryonalen Entwickelung vielfach an die Entwickelungsstadien gewisser Thiere erinnert, so kann ein Stillstand auf solch einer thierischen Stufe wohl nicht anders gedeutet werden als so, dass das betreffende Individuum seine Vollentwickelung nicht erreicht hat und zwar aus Gründen, die uns bisher vollständig verborgen sind, gleichwie das Auftreten von Missgeburten. Von einem Zurücksinken eines solchen Menschen in seinen Urzustand kann also keine Rede sein.

Die Verbrecherwelt aber mit Völkern auf niederer Culturstufe stehend zu vergleichen, ist nach meiner Ansicht eine vollständig unberechtigte Anschauung. Nichts berechtigt uns nämlich, das uncivilisirteste Volk auch das unsittlichste zu nennen, schon deshalb nicht, weil wir finden, dass an den Centralpunkten der Civilisation die grösste moralische Fäulniss herrscht. Dann ist es auch deshalb unstatthaft, weil in Völkern niederer Culturgrade

Keime gesunder Entwickelung verborgen liegen, während im Verbrecherthum diese fehlen. — Ja nach *Lombroso*'s eigener Untersuchung ist gerade die Civilisation vielfach Quelle und Ausgangspunkt für eine Reihe von Verbrechen, die der ungebildete und sogenannte Wilde nicht einmal dem Namen nach kennt. Es kommt bei Beurtheilung unseres vorwürfigen Themas gar nicht darauf an, was der Mensch weiss, sondern wie er fühlt. „Denn das Gemüthsleben ist das allen Menschen Gemeinschaftliche, Ursprüngliche, Verbindende, die stete, wenn auch unbewusste Unterlage unseres Geisteslebens“ [1]). Gemüthsarmuth und Gemüthsverwilderung führen den Menschen auf die Verbrecherbahn, wie auf der anderen Seite die raffinirteste Verstandesbildung den Bösewicht nicht ausschliesst, sondern nur gefährlicher macht. — Die sogenannten Naturvölker verhalten sich nach meiner Ansicht zu den civilisirten wie ein wilder Stamm zum veredelten; in ihm liegen potentialiter alle Bedingungen zur Hervorbringung köstlicher [2]), specifisch gearteter Künste, sobald man dem wilden Stamme ein edles Reis aufpfropft, sobald man dem Naturvolke auf Veredlung des Verstandes und Gemüthes hinzielende Bildung beibringt.

Liest man die Argumentation *Lombroso*'s, so könnte man glauben, jeder Verbrecher böte die unzweideutigsten Zeichen der Verbrechernatur an sich, ja er lässt den Verbrecher geradezu geboren werden, während der Geisteskranke dies in der Mehrzahl erst werde [3]). Er findet ferner eine auffallende Coincidenz zwischen dem Verbrecherschädel und dem Normalschädel der farbigen und niederen Rassen. Dies ist nun ganz gewiss cum grano salis zu nehmen. Der Verbrecher hat keinen eigenen Typus und kann ihn nicht haben, so wenig als die Tugend einen solchen hat, sonst wäre in der That Tugend und Laster eine Naturnothwendigkeit und hätte *Lombroso* Recht, wenn er behauptet, der Verbrecher sei gerade so nothwendig wie

---

[1]) Psychiatr. Zeitschrift B. 23, pag. 245—46.

[2]) Schon in kinderreichen Familien zeigt sich unter den einzelnen Gliedern gar oft eine ungeheure Verschiedenheit in Anlage und geistiger Begabung, und es ist daher nur reine Consequenz, wenn dies auch bei den verschiedenen Völkern und Nationen angenommen wird. Nichts berechtigt uns aber, und die Erfahrung lehrt täglich das Gegentheil, uncivilisirte Völker als bildungsunfähig hinzustellen, blos deshalb, weil sie vielleicht für abstracte Begriffe keinen Sinn und kein Verständniss zeigen, als ob nicht auch trotz aller Schulbildung in unserer Mitte Tausende in derselben Lage wären. In ihnen schlummern vielleicht Anlagen, die uns abgehen.

[3]) Auch *Maudsley* sagt a. a. O.: „In der That kann man vom Verbrecher dasselbe sagen wie vom Dichter, dass er als solcher geboren werde und nicht erst wird. Und nie könne man glauben, das verbessern zu können, was durch eine fortlaufende Reihe von Generationen sich bildete.“

Empfängniss, Geburt und Tod, und wenn wir dann folgerichtig mit der Nothwendigkeit des Verbrechens jede freie That leugneten[1]).

Wäre diese atavistische Anschauung richtig, dann müsste doch wohl ein eigentlicher Verbrechertypus sich aufstellen lassen, indem die allgemein gehaltene Parallele des Verbrechers mit dem farbigen Naturmenschen doch wohl zu wenig besagt. Es beweist aber das Studium der verschiedenen Menschenrassen und die zahllosen Uebergänge von einer zur anderen, so dass z. B. die Schroffheit, mit der der Kaukasier dem Neger gegenübersteht, sich vollständig auflöst, zur vollen Genüge, dass ursprünglich nur Ein Typus vorhanden war, zu welchem Resultate ja auch *Häckel* kommt, und dass unter den verschiedensten Umständen und Ursachen die zahlreichen Abweichungen sich differenzirten. Desgleichen sind die Schädel der verschiedenen Menschenrassen im Fortgange der Menschengeschichte die verschiedensten Veränderungen eingegangen ganz nach dem Grade der Cultur und geistigen Erhebung, ja sie gehen nach den Untersuchungen *Delaunay*'s[2]) und *Lesson*'s[3]) an der Pariser Bevölkerung heute noch die auffallendsten Veränderungen ein, sowie auch unter den Engländern in Amerika. Nehmen wir dazu noch die Thatsache, „dass der quaternäre fossile Mensch[4]) einen Kopf bietet von solcher Grösse, dass wohl mancher Lebende sich glücklich preisen würde, einen solchen zu besitzen", und erwägen wir, „dass jeder fossile Typus einer niederen menschlichen Entwickelung fehlt", dann können wir doch wohl in die Inferiorität unseres Geschlechtes und in dessen thierische Daseinsperiode nicht einstimmen und müssen auch aus diesem Grunde den Atavismus des Verbrechens zurückweisen.

Diesem zufolge müsste die somatisch-psychische Entwickelung der Naturvölker nicht eine solche sein, die einen guten Keim in sich bergen würde, der nur der Entwickelung harrte, sondern die dem Verbrechen zuführte, und doch spricht alles für die erstere Thatsache, und die ganze Geschichte ist ein lauter Zeuge, wie Völker einerseits die höchste Spitze der Civilisation erstiegen hatten und damit am Anfange zum Niedergange angekommen waren, so in Griechenland, so in Rom, und wie dann auf der anderen Seite rauhe, von der Cultur kaum beleckte Völker ihre Staaten wie Kartenhäuser umwarfen und in ihren frischen Naturen neue Entwickelungskeime boten. Wer denkt ferner nicht an die halbwilden nomadisirenden Araber, als sie aus ihren Sandwüsten hervorbrachen und die ganze Mittelmeerwelt durch einander würfelten wie Spreu und für Jahrhunderte die herrlichste Culturepoche inaugurirten, z. B. in Spanien. — Was würde ferner aus unseren Grossstädten, wenn ihre hypercivilisirte Bevölkerung nicht be-

---

[1]) In der That führt die Lehre *Lombroso*'s zum nacktesten Determinismus.

[2]) *Schmidt*'sche Jahrbücher 1879, pag. 69—70.

[3]) Feuilleton: Neue freie Presse, 3. Mai 1879.

[4]) *Virchow*, Die Freiheit der Wissenschaft im modern. Staate. pag. 30 31.

ständig Zufluss vom Lande hätte und dadurch aufgefrischt und ergänzt würde!

Was würde man sagen, wenn wir unsere Voreltern in den deutschen Eichenwäldern für eine Nation von Verbrechern erklären wollten, und doch drängt die Annahme des Atavismus dazu, auch wenn wir noch viel weiter zurückgehen als in die Geschichte der Deutschen, wie sie Tacitus uns beschrieben. Ein moralisch verkommenes Geschlecht hat aber keine zweitausendjährige Geschichte, eine kernfaule Nation ist nicht entwickelungsfähig, sowenig als das Individuum, das in moralischer Fäulniss gross geworden, je eine dauernde Nachkommenschaft erzeugen wird.

Nach dieser atavistischen Auffassung müssten die Menschen aber, je mehr man sich ihrer Wiege nähert, den Verbrechertypus, oder näher bezeichnet, den Prognathismus annehmen, was doch nach obiger Auseinandersetzung nicht der Fall ist. „Wir können nicht lehren, wir können es nicht als eine Errungenschaft der Wissenschaft bezeichnen, dass der Mensch vom Affen oder von irgend einem anderen Thier abstamme[1])."

Wenn sich im Körper- und Geisteszustand einzelner oder vieler Verbrecher degenerative Erscheinungen zeigen oder Anklänge an anthropologische Zeichen uncivilisirter Völker, so ist damit ja gar nichts bewiesen, insofern jene Anomalien sich bei Tausenden von Menschen finden, die keine Verbrecher sind, oder sich wiederum bei Tausenden von Verbrechern nicht finden. Andererseits will hier gar nicht geleugnet werden, dass jede Alterstufe ihre eigenen Verbrechertypen aufzuweisen hat, sowie auch jede Altersperiode der Menschen ihren specifischen Tribut an das Verbrechen bezahlt. Dass eine normale Geistesentwickelung sich nur in einem normalen Körper findet, ja finden kann, will ich gar nicht bestreiten, dass aber Tausend normal entwickelte Menschen zu Verbrechern werden, wird auch Niemand in Abrede stellen können. Hieraus kann aber nur mit strenger Nothwendigkeit folgen, dass zwei Arten von Verbrechern streng auseinander zu halten seien, solche, an denen Degenerationszeichen sich zeigen und solche, die nach Geist und Körper gesund sind.

Eine Versündigung an den Naturgesetzen involvirt nur zu oft die schrecklichsten Folgen für das Organ des Geistes und damit Functionsbehinderung, Functionsanomalie oder Functionsaufhebung.

Wenn daher in letzter Potenz nicht in Abrede zu stellen ist, dass Verbrechen und Krankheit vielfach aus derselben Quelle stammen, so muss auf der anderen Seite doch streng darauf gehalten werden, dass moralisches und physisches Erkranken nicht als identisch erachtet werden. Denn wie der Mensch im Stande ist, durch vernünftiges und naturgemässes Leben sich körperlich gesund zu erhalten, ja gar oft eine krankhafte Disposition zu bewältigen vermag, so verhält sich's auch im moralischen Gebiete. Der Mensch ist sicherlich nicht zum Verbrecher geboren, wenn es auch oft

[1]) *Virchow:* Op. cit. pag. 31.

möglich ist, seine Missethaten aus seiner physischen Veranlagung zu deuten.

Nimmer aber ist dies durch den Atavismus möglich in dem Sinne, wie es die Descendenzlehre behauptet. Oder lässt sich Päderastie nicht besser dadurch erklären, dass man an der Hand der Geschichte annimmt, dass unter gewissen Umständen und bei bestimmten Culturgraden dieselben Verbrechen immer wiederkehren und z. B. jenes Laster dann in die Erscheinung tritt, wenn die ehelichen Zustände gelockert, die legitime Verbindung der Geschlechter perhorrescirt und widernatürliche Lust an die Stelle der Naturordnung getreten ist — Zustände, die gerade nichts weniger als atavistischer Natur sind, vielmehr das gerade Gegentheil und daher in Zeiten vorkommen, wo die Civilisation ihren Höhepunkt erreicht hatte, so bei Griechen, so bei Römern.

Dass zwischen dem Geiste, dem vernünftigen Principe im Menschen, und dem beseelten Körper ein Zwiespalt besteht und der Kampf um die Oberherrschaft nie erlischt, so lange diese Verbindung andauert, ist eine Thatsache so alt als die Menschheit und zu dem für Jedermann an sich selbst leicht erweislich.

Kommen also im Zustande geschlechtlicher Verbindung Scenen vor, in denen wilde Lust und Grausamkeit auftreten, so ist das sicherlich kein Zurücksinken in die frühere Art der Verbindung der Geschlechter, sondern ein Unterliegen des Geistes im Kampfe mit dem beseelten Leibe, den der Mensch mit den höchst organisirten Thieren gemeinschaftlich hat.

Dass ein solcher Kampf in einem Individuum, dessen Geist mangelhaft entwickelt, dessen Gemüth nicht veredelt, oder dessen körperliche Organisation die geistige Vollentwickelung verhinderte, mit dem Unterliegen des geistigen Princips enden muss, wird Niemand bezweifeln und erfahren solche Fälle heutzutage vor Gericht die nöthige Würdigung. Wo aber eine solche Rücksichtnahme bei dem Mangel aller jener Verhältnisse unthunlich ist, tritt das Gesetz und die Verantwortlichkeit des verbrecherischen Individuums in volle Geltung. Wo es sich aber um Epilepsie, Idiotie und allgemeine Paralyse handelt und um unter ihrem Einflusse verübte Verbrechen, kann von einem Atavismus ohnehin keine Rede sein, denn ich denke mir unser Geschlecht in seiner Jugendzeit nicht mit dem Fluche aller möglichen Nervenkrankheiten behaftet, sondern kräftig und stark.

Und wie sollte man vollends den Greisenwahnsinn und die senile Atrophie des Gehirns und die mit ihr verknüpfte ungezügelte Fleischeslust mit dem Atavismus in Verbindung bringen! Wohl mag diese oft frühzeitige Involution des Gehirns auf hereditäre Einflüsse zurückgeführt werden, dies spricht aber nur für die allmälige Degeneration des Geschlechtes, nicht aber dafür, dass ein ähnlicher Zustand unseren Ur-Ureltern eigenthümlich gewesen.

Lombroso urgirt ferner die gemeinschaftliche Quelle von Verbrechen und Irresein, und bis zu einem gewissen Grade kann dies nicht bestritten

werden. Nun aber ist es eine längst bekannte Thatsache, dass Geisteskranke um so seltener werden, je tiefer der Culturgrad des Volkes. Wäre nun die Richtigkeit des gemeinsamen Ursprunges von Verbrechen und Irresein festgestellt und das Verbrechen wirklich atavistischer Natur, so müsste es nothwendiger Weise auch das Irresein sein und müsste man dann voraussetzen, dass Geisteskranke zu allen Zeiten und in allen Culturperioden annäherungsweise gleich häufig gewesen wären.

Nein, diese Gemeinschaftlichkeit hinsichtlich der Aetiologie vom Verbrechen und Irresein ist nicht atavistischer Natur, sondern begründet durch die allmälige Deteriorirung unseres Geschlechtes. —

Ein höchst belehrendes Beispiel sind in dieser Hinsicht die Trinker. Sie werden nach *Lombroso* sehr oft schwere Verbrecher oder Selbstmörder und ihre Nachkommen Verbrecher oder Geistesgestörte. Nun wird aber Niemand behaupten wollen, dass übermässiges Trinken von Spirituosen eine atavistische Eigenschaft sei, sondern es zeigt sich gerade an diesem Laster so recht deutlich der Hang des Menschen zum Laster und die Art und Weise der allmäligen Abnahme geistiger und körperlicher Productionskraft und die Deteriorirung des Geschlechtes von Generation zu Generation, sowie auf der andern Seite die aus dem Trinken unmittelbar entstehende Willensschwäche, Gefühllosigkeit, Gemüthsstumpfheit und Rohheit, die sich nach aller Statistik nur zu sehr auf die Nachkommenschaft vererben. — Dass aber die Neigung zum Genusse spirituöser Getränke eine specifisch am Menschen auftretende Erscheinung ist und mit dem Atavismus nichts zu schaffen hat, dafür spricht die Erfahrung, dass fast alle bekannt gewordenen Völker und Nationen aller Culturgrade berauschende Getränke herzustellen verstanden, während im höchst entwickelten Thierreiche absolut nichts Analoges vorkommt. Wenn *Lombroso* als unfehlbares Zeichen des Atavismus die Neigung der Kinder zum Bösen herbeizieht und sagt, das Verbrechen sei zu tief im Buche unserer Bestimmung eingegraben, als dass wir uns schmeicheln dürften, dessen Lauf zu unterdrücken, so kann dem allerdings nicht widersprochen werden, doch finde ich, wie oben schon erwähnt, den Grund nicht in unserer vermeintlichen Abstammung vom Thiere resp. Affen, sondern im Kampfe des vernünftigen Princips mit dem terrestrischen. Leider ist nur zu wahr, dass der Mensch ohne Erziehung verkommt und moralisch zerfällt, „andererseits aber scheinen Intelligenz und Sittlichkeit unabhängig von einander und ohne allen innern Causalzusammenhang nebeneinanderzustehen und nur zufällig bald so und bald anders zusammenzutreffen“ [1]).

Aber selbst in tiefster moralischer Verkommenheit kann er ebensowenig mit einem uncivilisirten Naturmenschen als mit einem Thiere, etwa dem Gorilla oder Orang, verglichen werden, so wenig es andererseits richtig

---

[1]) Reden und Aufsätze: Neue Folge von *G. Hümelin.* Tübingen.

ist, wenn man von einem tiefstehenden Geisteskranken sagt, er sei unter das Thier gesunken. —

In allen Daseinsarten bleibt der Mensch Mensch und kann nur mit Seinesgleichen verglichen werden, während das Thier nach unveränderbaren Gesetzen dahinlebt und somit normale physische Züge bietet, die dem perversen Geistesgebahren des Menschen ähnlich sein können, niemals aber identisch oder gar ätiologisch gleich bedingt. Geradezu abenteuerlich nimmt es sich aus, wenn *Lombroso* den Verbrecher unserem ungebildeten Volke und den sogenannten Wilden gegenüberstellt und ihren geringen Abstand hervorhebt, ja dadurch begreiflich zu machen sucht, wie nicht unmoralische Männer aus dem Volke für die Verbrecher Sympathie hätten, ja eine Art Heldenthum aus ihnen bildeten.

Ich denke, diese Theilnahme des niederen Volkes an den Schicksalen der Verbrecher ist zu local italienisch gefärbt, als dass man annehmen könnte, es wäre dies allgemeine Erfahrung. Das italienische Brigantenthum hat so viele Beziehungen mit und zum Volke, dass jene Theilnahme leicht erklärlich ist, und es bedarf wahrlich nicht des Zurückgreifens in die Urzeiten der Menschheit, wo nach diesen Darwinistischen Axiomen Mensch und Verbrecher in Eins zusammenfiel. —

Wenn dann Sträflinge und Verbannte sich gelegentlich in die Wälder flüchteten und sich mit den Eingeborenen Australiens und Guyanas verbanden und gleichsam unter ihrem Schutze lebten, so kann dies keineswegs als Atavismus sondern als dringende Nothwendigkeit erachtet werden, und würden derartige Individuen ohne Zweifel weit lieber in civilisirte Verhältnisse und in die Annehmlichkeiten des Culturlebens zurückkehren, wären sie nicht durch ihre Missethaten aus der menschlichen Gesellschaft ausgestossen.

Wenn wir nun in Betracht ziehen, wie *Lombroso* dem düstern Verhängnisse, das über dem Menschengeschlecht schwebt, zu entkommen sucht, so findet er das Mittel consequent seiner Darwinistischen Anschauung in einer entsprechenden Zuchtwahl; er hofft unter solchen Maassregeln Mässigung und Verhütung der Weiterverbreitung des Uebels. Man verhindere den Verbrecher sich fortzupflanzen und sei bei Eingehung einer Ehe ja recht vorsichtig, dass man in keine Familie heirathe, in der Verbrecherblut kreiset. Es ist nur schade, dass auch Verbrecher denselben Grundsatz haben wie ehrliche rechtschaffene Leute und mit Vorliebe unter sich heirathen und sich nicht im Geringsten entblöden, ihre Art fortzupflanzen. —

Wie aber ein derartiger Vorschlag mit der heutigen Gesetzgebung übereinstimme und ob bei den heutigen Rechtsanschauungen in allen civilisirten Ländern irgend ein Staat die Macht hätte, nur nach dem scrupulösesten Moralexamen eine Verehelichung zu erlauben, um auf solche Weise prophylactisch gegen die Weiterverbreitung des Verbrechens voranzugehen, ist mehr als zweifelhaft.

Man ersieht aber daraus, wie der in die Praxis übersetzte Darwinis-

mus die Menschheit in zwingendere und schwerere Bande schlägt als alle Gesetze des Staates.

Es unterliegt ferner keinem Zweifel, dass die heutige Naturwissenschaft und deren Wortführer — die Darwinisten — genau auf denselben Standpunkt zurückkommen, auf den in alter und neuer Zeit hingewiesen wurde: auf den Hang der Menschen zum Bösen, zum Verbrechen, wenn die Sache auch anders benannt wird und in Zeiten zurückgegriffen werden muss, die ausserhalb aller Geschichte liegen. —

Niemand wird behaupten, dass z. B. der Tiger, der mordet, ein Verbrechen begeht, dass der geile Affe gegen die Sittlichkeit verstosse etc., eben weil beide naturgemäss handeln und ihnen nicht zugemuthet werden kann, anders zu handeln [1]).

Ist der Mensch aber nach der Evolutionstheorie wirklich nur ein potenzirtes Thier und ein Zurücksinken in die thierische Natur jederzeit möglich, dann dürfte man ihm consequenterweise seine verbrecherischen Handlungen auch nicht imputiren, es gäbe nach den Gesetzen der Logik bei ihm ebensowenig Vergehen und Verbrechen wie beim Thiere.

Dass diese unvermeidlichen Folgerungen unsere sämmtlichen socialen Einrichtungen, ja unsere ganze gesellschaftliche Ordnung umstürzen müssten, liegt auf der Hand [2]). — Wollte aber Jemand den Schluss ziehen, ein verbrecherischer Mensch z. B. ein Mörder sollte gleich dem menschenmordenden Tiger erschossen werden, was liesse sich dagegen einwenden? Ist ja doch der Mörder nach atavistischen Grundsätzen nichts anderes als ein Mensch, der in seinen thierischen Zustand zurückgesunken ist. Dass

---

[1]) Um die Verirrung der Begriffe zu vollenden und in Consequenz des verfehlten Ausgangspunktes findet sich im Vol. II des ebengenannten Archivio pag. 444 ein Aufsatz betitelt: il delitto negli animali = das Verbrechen bei den Thieren.

[2]) Zu dieser Schlussfolgerung kommt *M. Dally* und nach ihm *Franç. Sarcey*: „l'homme qui accomplit un acte nuisible à la société est comme une vipère, est comme un chien enragé; on s'engare ou on le tue, non pas au nom de la morale, mais au nom de la sécurité".

L'homme est comme ces animaux un mécanisme vivant, plus ou moins bien ou mal fait par la génération, plus ou moins conservé ou altéré par les circonstances qui fait le bien comme une bonne bête, qui fait le mal comme une vipère, comme un chien enragé; mais il n'est pas un être moral, il n'est ni libre ni responsable." Annales médico-psychologiques Mai 1880 pag. 444.

„Pour lui — M. Dally — la responsabilité n'est pas plus mesurable que saisissable; il reprouve par conséquent l'idée de penalité autant qu'elle dérive d'une idée morale de punition et d'expiation; la loi, dit-il, n'a pas à punir, à châtier, à flétrir, à faire, expier, mais à écarter la nocuité." Ibid. pag. 445. —

somit die Darwin'sche Anschauung auf die Rechtspraxis angewandt in die schlimmsten Zeiten der peinlichen Strafgerichtsordnung zurückführen müsste, ist klar ersichtlich, wie auch, dass alle humanitären Anstalten unseres Jahrhunderts als Anomalien zu erachten wären, sofern sie keinen weiteren Zweck hätten als abnorme Glieder am Leibe der menschlichen Gesellschaft zu hegen und zu pflegen, anstatt sie als unnütze und schädliche Belastung abzuthun wie man Jagden auf Wölfe und Tiger und andere schädliche Thiere veranstaltet.

Diese Schlussfolgerung zieht nun *Lombroso* allerdings nicht, dagegen will er das Recht zu strafen in einen einfachen Strafschutz verwandeln. Der Mensch habe das Recht nicht, Strafen zu verhängen, sonst müsste er ja absolute Wissenschaft und Gerechtigkeit besitzen. Nur im Namen der absolutesten Nothwendigkeit könnte der Mensch sich das Recht anmaassen, über Seinesgleichen zu Gericht zu sitzen, und nur deshalb, weil er sich ohne Strafverhängung nicht vertheidigen könnte, hätte er den Schluss gezogen, er habe das Recht zu strafen, und somit hätte er gerade den Beweis seiner Schwäche zum Zeugniss seiner Kraft heranziehen wollen. Sein Vorschlag geht daher dahin, Asyle für verbrecherische Irre zu errichten.

Es war mir in den voranstehenden Zeilen nicht um einen Versuch zu thun, eine Lanze gegen den Darwinismus zu brechen, nein, ich erkenne vielmehr dessen Leistungen im vollen Maasse an, dass aber die Descendenzlehre nicht als Grundlage für die Beurtheilung der moralischen und socialen Zustände unseres Geschlechtes verwerthet werden kann, ist für mich eine unumstössliche Thatsache.

Wie seinerzeit die Mikrocephalie zur Begründung unserer thierischen Abstammung herangezogen wurde, und ein zweifellos pathologischer Zustand als physiologische Norm aufgestellt wurde, so verhält es sich auch mit der ganzen Begründung des Atavismus des Verbrechens. Degenerative Zustände der Gegenwart werden als normale physiologische in der frühesten Geschichte unseres Geschlechtes hingestellt und auf dieser durch nichts bewiesenen Behauptung der ganze Atavismus aufgebaut. Wäre dem so, dann müsste ja der Lauf der Dinge und die Entwicklung unseres Geschlechtes in alter Zeit eine ganz andere gewesen sein wie heutzutage; aus einem Geschlechte, dem alle jene Degenerationszeichen anhaften, wie sie *Lombroso* anführt, kann heute nichts Vortheilhaftes, nichts Entwicklungsfähiges hervorgehen. Wie kann dies nun in alter Zeit der Fall gewesen sein? wie ist denkbar, dass aus einem solchen Urgeschlechte all' die Culturvölker und die reiche geistige Entwicklung der Jahrtausende hervorging.

Nein, die Folgerungen, die aus der Evolutionstheorie für Civilisation und Geschichte gezogen werden müssen, sind trostlos, unwahr, einseitig und ungeeignet, die Geister zu erheben, die Menschen zu veredeln und zu höheren Zielen überzuführen, — sie führen vielmehr in theoretischer Be-

ziehung zum nacktesten Materialismus, in practischer Hinsicht aber zum Umsturz aller Ordnung.

Ich aber kann diese Zeilen nicht besser schliessen, als dass, wie ich mit *Virchow* begonnen, auch mit einem Ausspruch von ihm ende: „Wer sich erinnert, in welcher bedauerlichen Weise gerade in der neuesten Zeit alle Versuche, für die Generatio aequivoca in den niedrigsten Formen des Ueberganges von der unorganischen zur organischen Welt eine bestimmte Unterlage zu finden, gescheitert sind, dem sollte es doppelt bedenklich erscheinen, zu fordern, dass diese so übel beleumundete Lehre als Grundlage aller menschlichen Vorstellungen über das Leben genommen werde[1]).

Dr. Lutz,
II. Arzt an der Privatirrenanstalt Christophsbad in Göppingen.

Denkschrift über die Ministerial-Verfügung vom 19. Januar 1888, die Aufnahme von Geisteskranken in Privat-Anstalten betreffend.

(An Se. Excellenz des Kgl. Staatministers etc. etc. Herrn Dr. von Gossler in Berlin eingereicht.)

Durch eine Verfügung der drei hohen Ministerien des Inneren, der Justiz und der Geistlichen-, Unterichts- und Medicinal-Angelegenheiten vom 19. Januar 1888 ist eine neue Regelung der Aufnahme von Geisteskranken in die Privat-Irrenanstalten und der Beaufsichtigung dieser letztern für das Königreich Preussen angeordnet worden.

Sofort nach Bekanntmachung dieser Veröffentlichung hat sich in allen Kreisen des ärztlichen Standes eine lebhafte Bewegung gegen die neuen Bestimmungen bemerkbar gemacht, und mit einer seltenen Einmüthigkeit und nahezu ohne Ausnahme sind dieselben als unzweckmässig, ja sogar als der Sache, der sie dienen sollen, nachtheilig erklärt worden.

In zahlreichen Versammlungen haben die ärztlichen Vereine und die Aerztekammern der verschiedenen Provinzen ihrer Meinung einen übereinstimmenden Ausdruck gegeben, und so hat denn auch der Verein der deutschen Irrenärzte in seiner General-Versammlung in Bonn am 17. September 1888 den Beschluss gefasst:

> dass eine Abänderung der Verfügung vom 19. Januar 1888 im Interesse der Kranken und ihrer Angehörigen, der practischen Aerzte überhaupt und der Irrenärzte insbesondere dringend geboten sei.

Die Versammlung beauftragte ferner ihren Vorstand, nach Möglichkeit auf dieses Ziel hinzuwirken.

Wenn der unterzeichnete Vorstand diesem Auftrage hiermit nachkommt

---

[1]) Op. cit. p. 21.

und sich erlaubt, die Bedenken, wie sie in der General-Versammlung zu Tage getreten sind, zur Kenntniss der hohen Ministerien zu bringen, so glaubt er sich in der Sache selbst kurz fassen zu können.

Sofern nämlich die hohe Verfügung die bisherigen Rechte der practischen Aerzte schmälert, wird es Sache der ärztlichen Vereine und insbesondere der Aerztekammern sein, auf die Nachtheile hinzuweisen und um deren Abänderung zu bitten.

Ueber den nachtheiligen Einfluss aber, welchen sie speciell auf das Irrenwesen ausüben muss, ist das Urtheil der Fachgenossen ein so einstimmiges und ungetheiltes, und es würde so unwahrscheinlich sein, hier auf eine andere Art des Empfindens und Denkens zu stossen, dass es uns gestattet sein möge, diese Auffassung kurz zu begründen.

So verschieden auch die Ansichten in unserem Fache sind, so giebt es doch einen Punkt, über den eine Meinungsverschiedenheit nicht besteht, und worüber Alle einig sind, und das ist das Verhältniss der Genesungsaussichten eines Kranken zu dem Zeitpunkte seiner Aufnahme in die Anstalt. Je früher die Aufnahme, um so grösser ist die Aussicht auf Herstellung, und daher die Wichtigkeit, die man überall da, wo ein Verständniss für diese Verhältnisse besteht, auf die Beschleunigung der Aufnahme legte, und daher auch das zielbewusste Streben aller Irrenärzte, die Aufnahme noch leichter und von jeder hemmenden Beschränkung so frei als möglich zu machen.

Auch in dem Eingange der hohen Verfügung begegnen wir der gleichen Anschauung, und es dürfte daher wohl keinem Zweifel unterliegen, dass man in den darauf folgenden Ausführungsbestimmungen eine Erleichterung der Aufnahme, keinesfalls aber eine Verschleppung derselben beabsichtigt hat, während man andererseits einer weiteren Forderung dadurch Rechnung zu tragen suchte, wonach: „es verhindert werden müsste,

> dass Personen als Geisteskranke in Irrenanstalten gebracht und darin behalten würden, welche nicht geisteskrank sind".

Wenn dies aber wirklich der Fall gewesen und man von der Anschauung ausgegangen sein sollte, das seither Bestehende gegen etwas Besseres vertauscht und für beide Aufgaben eine befriedigendere Lösung gefunden zu haben, so sehen wir uns dieser Annahme gegenüber zu der Behauptung genöthigt, dass die neue Verfügung thatsächlich einen Rückschritt bedeutet, da sie eine Erschwerung und Verschleppung der Aufnahme zur Folge haben muss, während sie andererseits einem Gefühle des Misstrauens unverholenen Ausdruck giebt, für den auch nicht der Schatten einer Berechtigung geltend gemacht werden kann.

Kein Vorkommniss irgend einer Art kann den Privat-Irrenanstalten zur Last gelegt werden, woraus dem alten Vorurtheile eine neue Berechtigung zuerkannt werden dürfte, einem Vorurtheile, dem zu unserem tiefen Bedauern von so hoher Stelle aus ein öffentlicher Ausdruck verliehen und Wichtigkeit genug beigemessen wird, um daraus eine besondere Art der

Ueberwachung herzuleiten, die wohl geeignet ist, die Ehre der Privatanstaltsärzte schwer zu schädigen.

Das Irren-Anstaltswesen stand bisher in Preussen so hoch, sein Ruf war so festbegründet, dass man mit Recht auf unsere Anstalten und nicht zum wenigsten auf unsere Privatanstalten stolz sein durfte.

Eine Reihe von anerkannt tüchtigen Irrenärzten hatte sich diesem Zweige des Anstaltswesens zugewandt und ihm ihre ganze Kraft und bedeutende Opfer gewidmet, allerdings in der sicheren Erwartung, in ihren Bestrebungen, wenn auch auf keine Unterstützung von Seiten des Staates, doch sicherlich nicht auf Behinderung und Beeinträchtigung zu stossen. Am wenigsten aber konnten sie nach einer Jahrzehnte langen und tadellosen Vergangenheit darauf gefasst sein, dass ein so durch und durch ungerechtfertigter Verdacht, wie der einer widerrechtlichen Freiheitsberaubung, von hoher Seite gegen sie ausgesprochen und in einer amtlichen Verfügung für die Abänderung bestehender Bestimmungen maassgebend sein würde.

Wir können es verstehen, wenn unsere Anschauungen, wonach die Irrenanstalten als Krankenanstalten anzusehen sind, nicht allgemein getheilt und unsere Forderungen, die Irrenanstalten demgemäss in der Aufnahme von Kranken den anderen Krankenanstalten gleichzustellen, vor der Hand noch auf Widerstand stossen werden, obwohl wir fest davon überzeugt sind, dass sich das Richtige auch hier über kurz oder lang Geltung verschaffen wird. Was wir aber nicht verstehen, das ist die Befürchtung: es könne durch die Aufnahme in eine Irrenanstalt Jemand widerrechtlich seiner Freiheit beraubt werden. Diese Befürchtung ist in der That völlig unbegründet. Kein einziger Fall kann für ihre Berechtigung angeführt werden, und wir dürfen daher auf Grund unserer Erfahrung jede Möglichkeit einer missbräuchlichen Freiheitsberaubung in unseren Anstalten getrost in Abrede stellen.

Und doch ist es grade diese Befürchtung gewesen, die zur Begründung einer Verfügung dienen musste, die wir insofern als nicht zweckentsprechend bezeichnen müssen, als sie zunächst die Aufnahme erschweren und verzögern muss. Dass selbst in Berlin ein Zeitverlust damit verbunden ist, wenn zur Aufnahme eines Kranken in eine Privat-Irrenanstalt das Zeugniss eines anderen als des behandelnden Arztes erforderlich ist, liegt auf der Hand. Was aber für Berlin am Ende nicht in's Gewicht fällt, gestaltet sich auf dem Lande ganz anders, und hier bedarf es wohl keines besonderen Hinweises, wie durch die Hinzuziehung des Kreis-Medicinalbeamten unter Umständen eine ganz bedeutende Verzögerung in der Aufnahme eines Kranken stattfinden kann.

Wem die hier obwaltenden Verhältnisse nur einigermaassen bekannt sind, wer aus Erfahrung die Unruhe und Noth der Angehörigen kennt und weiss, wie wenig die häuslichen Verhältnisse zur zweckmässigen Behandlung geeignet, und wie dringend die schleunigste Entfernung des Kranken

auch im Interesse seiner Genesung geboten ist, der wird jede und auch die kleinste Verzögerung lebhaft bedauern, zumal dann, wenn sie nicht durch die zwingendsten anderweitigen Gründe geboten ist.

Dass dies aber hier der Fall sei, müssen wir in Abrede stellen.

Zur Entscheidung der Frage, ob ein Kranker einer Irrenanstalt übergeben werden muss, wird stets der Arzt, der ihn bisher behandelt hat und ihn häufig schon seit langem kennt, geeigneter sein, als ein fremder, bisher mit dem Kranken und seinen Verhältnissen nicht bekannter Arzt. Darüber kann wohl nicht der leiseste Zweifel bestehen, und diese Ueberzeugung steht bei uns so fest, dass wir uns dadurch eines jeden näheren Eingehens auf die höhere wissenschaftliche Zuverlässigkeit eines Kreis-Medicinalbeamten enthoben glauben.

Psychiatrischer Kenntnisse bedarf es zu dieser Entscheidung überhaupt nicht. In weitaus den meisten Fällen kommt der wissenschaftliche Standpunkt dabei gar nicht in Frage: der Kranke kann einfach nicht zu Hause bleiben, und er muss in eine Anstalt, und zwar muss er so bald als möglich hinein, weil sonst oft genug Gefahr für sein und seiner Umgebung Leben zu befürchten steht.

Sofern also ein ärztliches Zeugniss dabei überall erforderlich ist, wird das des Hausarztes den Vorzug verdienen, und wenn noch ein anderes erfordert wird, so ist dies lediglich eine Sache der Form, der wir eine innere Nothwendigkeit nicht zugestehen können.

Bei der ausserordentlichen Klarheit des ganzen Gegenstandes sehen wir davon ab, auf die Schwierigkeiten näher einzugehen, die es in vielen Fällen machen wird, einen fremden Arzt überhaupt in die Nähe des Kranken zu bringen oder für diesen Fremden, in einer einzigen Untersuchung zu einer richtigen Beurtheilung des misstrauischen Kranken zu kommen, der sich ihm gegenüber ganz anders benehmen wird, wie gegen seine Umgebung, und ebenso verzichten wir darauf, den Geldpunkt zu berühren, obwohl auch dieser wohl zu berücksichtigen wäre, da es sich keineswegs nur um wohlhabende Kranke handeln wird.

Dagegen müssen wir einen Augenblick bei der sub c vorgesehenen Möglichkeit verweilen: den Kranken auch ohne das vorgeschriebene Zeugniss des Kreis-Medicinalbeamten in die Anstalt zu bringen, da hierdurch anscheinend unseren Bedenken ein Ende gemacht wird.

Wie die Sachen liegen, so glauben wir allerdings, dass von dieser Befugniss sehr oft Gebrauch gemacht werden wird, ob zwar zum Vortheile der Bestimmung, wenn aus der Ausnahme eine Regel wird, müssen wir dahingestellt sein lassen. In diesem Falle muss sich der Kreisphysikus innerhalb der ersten 24 Stunden in die Anstalt begeben und den Kranken untersuchen, und diese Untersuchung ist in zweifelhaften Fällen wiederholt vorzunehmen.

Wenn demnach zur Aufnahme und zur Rückbehaltung in einer Anstalt das amtsärztliche Zeugniss allein maassgebend ist, und nach dem

Wortlaut des Absatzes c kann darüber gar kein Zweifel bestehen, so sehen wir einer Reihe der unerquicklichsten Vorgänge entgegen.

Hier nämlich kann es sehr wohl auf die psychiatrischen Kenntnisse ankommen, und dass diese zur Zeit unter den Kreis-Medicinalbeamten so verbreitet sind, um Missgriffe zu den Unmöglichkeiten zu machen, das möchten wir nicht behaupten.

Die Untersuchung ist aber für das Verbleiben des vorläufig Aufgenommenen oder für seine sofortige Entlassung maassgebend, und der Kranke muss sofort aus der Anstalt entlassen werden, wenn es dem Herrn Kreisphysikus nicht gelingt, sich von seiner Geisteskrankheit zu überzeugen.

Dass dies aber auch für den erfahrensten Irrenarzt oft recht schwer und ohne die genaueste Kenntniss des Vorlebens geradezu unmöglich sein kann, dass sich der Kranke in der Anstalt vielfach ganz anders verhält, wie zu Hause, und wir nicht selten auf Wochen hinaus nur auf die Angaben des Hausarztes und auf das Vertrauen angewiesen sind, das wir denselben schenken: das Alles sind Dinge, die jedem practischen Irrenarzte bekannt, aber hier ohne jede Berücksichtigung geblieben sind.

Wir halten daher diese nachträgliche Untersuchung in der Anstalt nicht nur für unsicher, sondern auch für äusserst bedenklich, insofern als eine derartige und unter Umständen zu wiederholende Untersuchung unserer wissenschaftlichen Ueberzeugung von dem, was dem Kranken zuträglich und für seine Genesung zweckdienlich ist, schnurstracks zuwiderläuft.

Die Aufnahme in die Anstalt soll für den Kranken Ruhe bedeuten. Kein Irrenarzt wird es für erlaubt halten, sofort mit Fragen über ihn herzufallen und ihn durch das Vorhalten seiner verkehrten Handlungen zu reizen — und hier wird alles das, was wir für verkehrt und verwerflich halten, zum Gesetz. Wenn wir dies bedauern, so kann uns dies Niemand verargen, und ebensowenig, wenn wir es für unsere Pflicht erachten, eine Abänderung dieser Uebelstände herbeizuführen.

Diesen grossen Missständen gegenüber kommt eine Reihe von kleinen kaum in Betracht, und wir begnügen uns, kurz auf den Kostenpunkt hinzuweisen, der namentlich dann, wenn der Kreisphysikus weit von der Anstalt entfernt wohnt, nicht ganz unbedeutend sein wird.

Die Verhältnisse liegen in der Provinz denn doch etwas anders wie in Berlin.

Wohl aber müssen wir, bevor wir diesen Theil unserer Aufgabe verlassen, noch bei einem Punkte verweilen, den wir nicht übergehen dürfen, und das sind die directen Nachtheile, die den Besitzern der Privat-Irrenanstalten aus der neuen Verfügung erwachsen.

Die Aufnahmen in diese Anstalten werden von einer Bedingung abhängig gemacht, die bei den öffentlichen Anstalten nicht für nothwendig gehalten wird. Die Aufnahmen sind dadurch umständlicher geworden, das ist keine Frage, und ebenso muss das Misstrauen gegen die Privatanstalten

in einem Verfahren neue Nahrung finden, worin für sie besondere Vorsichtsmaassregeln vorgesehen sind. Dass hierdurch eine ganze Anzahl von Kranken, die sonst ihrer Lebensstellung und Gewohnheit nach den Privatanstalten zugegangen wären, von nun an den öffentlichen Anstalten zugeführt werden, kann gar nicht bestritten werden, und die Besitzer der Privatanstalten werden somit nicht nur in ihrer Stellung, sondern auch in ihrem Besitze geschädigt, ohne dass sie ein Verschulden trifft.

Wir würden es nur als die natürliche Folge eines derartigen Verfahrens betrachten, wenn allen Aerzten von höherem und idealerem Streben diese Art der irrenärztlichen Thätigkeit fernerhin gründlich verleidet würde, zum Schaden der Anstalten und der Kranken, und zum Nachtheil einer bis jetzt mustergültigen Entwickelung unseres Irrenwesens.

Es könnten sich unter dem Einflusse der neuen Verfügung alsdann wirklich Zustände in den Privatanstalten entwickeln, wie man sie anscheinend bereits vorausgesetzt hat, und wie sie heute noch glücklicherweise unmöglich sind.

Hiermit wäre der Hauptpunkt unserer Ausstellungen erledigt, und wenn wir uns noch erlauben, mit kurzen Worten auf das Anzeigewesen hinzuweisen, so geschieht dies, weil unserer Ueberzeugung nach dort ein Verlangen gestellt wird, dessen Erfüllung oft recht schwer, wenn nicht geradezu unausführbar sein wird.

Die Anstalt hat, wie bisher, den Kranken bei dem betreffenden Staatsanwalte anzumelden, ausserdem aber von jetzt an bei der Polizeibehörde des Wohnortes des Kranken, unter Einreichung einer beglaubigten und mit einer Stempelsteuermarke versehenen Abschrift des Physikatszeugnisses, und dann noch bei der Polizeibehörde, welcher die Anstalt untersteht. Quittungen darüber müssen von diesen Behörden verlangt und den Acten beigelegt werden.

Alle diese Anzeigen sollen während der ersten 24 Stunden in Privatanstalten geschehen, die sich nicht, wie die öffentlichen, eines grossen Apparates von Hülfskräften erfreuen!

Es erhellt aus allem diesen, dass die Verordnung in einzelnen Fällen nicht durchführbar ist, dass sie das Geschick der Geisteskranken schädigt, weil sie die Aufnahme erschwert und den Procentsatz der Heilungen verringert, dass sie das Misstrauen gegen die Anstaltsärzte unterhält, und endlich, dass sie die Entwickelung der Anstalten hemmt, anstatt sie zu fördern, wie es im Interesse des Staates gelegen wäre.

Alle diese Nachtheile sind unserer innersten Ueberzeugung nach unwiderleglich, durch keine innere Nothwendigkeit veranlasst und durch keine entgegenstehenden Vorzüge ausgeglichen, und der Verein der deutschen Irrenärzte hatte demnach wohl eine hinreichende Veranlassung, seine Stimme zu erheben und um eine Abänderung der Verfügung zu bitten.

Wenn wir seinem Auftrage in Vorstehendem nachgekommen sind, so

haben wir uns aus naheliegenden Gründen enthalten, anderweitige Vorschläge zu machen.

Nur zu der einen Bitte glauben wir berechtigt zu sein: dass nämlich in einer Sache, die so ausschliesslich practische Fragen des Irren-Anstaltswesens betrifft, und die so tief in die Lebensbedingungen der Anstalten eingreift, keine bindenden Beschlüsse gefasst werden möchten, ohne zuvor den Anstaltsärzten Gelegenheit zu geben, sich in eigener Sache zu äussern.

Dass dies bei bei der vorliegenden Verfügung geschehen, halten wir für ausgeschlossen.

Der Vorstand des Vereins der deutschen Irrenärzte.

Ueber Verfolgungswahn.

In den Annales médico-psychologiques sind seit 1886 eingehende interessante Discussionen über Verfolgungswahn mit Grössenwahn fortgeführt, welche noch zu keinem bestimmten Resultat gelangten, da die Ansichten der Redner differirten; die eine gipfelte darin, dass der Verfolgungswahn bestimmte Entwickelungsphasen durchmache, und zuletzt stets in Grössenwahn sich transformire, die andere hielt daran fest, dass der Grössenwahn keine constante Erscheinung im Verlauf des Verfolgungswahns, sondern nur als eine Episode in derselben anzusehen sei. Diese stützte sich auf die Erfahrung, das häufig der Verfolgungswahn ohne Grössenideen jahrelang fortbestehen könne, sowie auch Grössenwahn ohne jenen. Die meisten Psychiater erklärten sich für die progressive Entwickelung des Verfolgungswahns in bestimmten Perioden bis zu dem fatalen Ausgang in Megalomanie und Dementia. Von anderer Seite werden genau beobachtete Fälle mitgetheilt, in denen die Verfolgungsideen mit dem Erscheinen der Grössenwahnideen in unbegrenzter Kraft fortbestehen, nicht durch letztere zurücktreten. Indem jene Psychiater die Seelenstörung mit einem bestimmten progressiven Verlauf als charakteristisch ansehen, wird sie von denselben als besondere Art, „als chronisches Delirium", bezeichnet, welche aber von den Gegnern entschieden in Abrede gestellt wird. *Lesègue* hat zuerst in seiner trefflichen Abhandlung „über Verfolgungswahn" auf das Hinzutreten von Grössenwahn aufmerksam gemacht, ihn aber nicht als constantes wesentliches Element angesehen.

Was die Frequenz des Grössenwahns anbetrifft, so differiren die Angaben; während *Ball* $^1/_5$ desselben bei Verfolgungswahn annimmt, behauptet *Foville*, dass $^1/_3$ desselben vorkommt. Wenn die Transformation des Grössenwahns in Verfolgungswahn nicht erfolge, wird behauptet, so sei kein „chronisches Delirium" vorhanden. Denn der letztere sei der nothwendige constante fatale Ausgang.

Die Entwickelung des Grössenwahns wird dadurch erklärt, dass derselbe sich logisch bei dem Kranken entwickele, indem er den Grund der Verfolgung in seiner beneideten hohen Stellung sucht, die ihm Feinde bereite. Das s. g. chronische Delirium entwickelt sich sehr langsam: in der ersten Periode ist der Kranke sehr ängstlich, unruhig; in der zweiten zeigen sich anormale Sensationen, in der dritten Grössenwahnideen. Diese Entwickelung dauert mehrere Jahre, bis 16 und länger.

Es giebt aber auch Fälle, in denen der Grössenwahn sich plötzlich entwickelt, ganz spontan, sowie bei circulären Psychosen plötzlich nach dem Stadium melancholic. eine Manie erscheint, oft während einer Nacht. Auch sind in einigen Fällen Gehörshallucinationen nachgewiesen, durch welche die Kranken durch Stimmen verleitet wurden, an ihre hohe Stellung zu glauben. Häufig ist bei den von Grössenwahnideen Beherrschten Dissimulation beobachtet. Die Kranken verheimlichen ihren Wahn, den sie zu offenbaren aus Scham sich scheuen. Man darf hiernach wohl annehmen, dass der Grössenwahn bei Verfolgten häufiger vorkommt, als geglaubt ist, und wohl bei einem häufigen Drittel der Fälle erscheint.

Es wäre nun von Interesse zu erfahren, ob auch von deutschen Psychiatern ähnliche Beobachtungen gemacht sind, wie von den Franzosen, und ob die Ansichten auch differiren in Bezug auf die Frequenz und Entwickelung der Psychosen, namentlich über die Transformation des Verfolgungswahns in Grössenwahn.

Ich glaube, dass es sich lohnt, darüber Aufschluss zu erhalten, in einer Zeit, wo das Psychologische in den Hintergrund tritt, und fast ausschliesslich die anatomische Basis cultivirt wird.

Ich habe als 20jähriger Director der Heilanstalt keine Beobachtungen über die beregte Psychose machen können, auch sie in der Pflegeanstalt Blankenburg nicht gesehen. *Kirn* erwähnt in seiner trefflichen Abhandlung „die Psychosen in der Strafanstalt" auch das häufige Vorkommen von Verfolgungswahn, welcher nicht selten heftige Aufregung mit gewaltthätigem Benehmen zur Folge hat, zu welchem später secundäre Tobsucht, oft ein verrückter Grössenwahn hinzutritt. S. Zeitschrift für Psychiatrie, 45. Bd., 1888, S. 38. Es scheint hiernach nicht, dass der Verfolgungswahn zurücktritt, und der Grössenwahn aus ihm abgeleitet werden kann, wodurch Transformation zu erklären ist.

Ich glaube nicht, dass die Annahme eines „Delirium chronicum" von Seiten der französischen Aerzte gerechtfertigt erscheint, in welchem eine constante progressive Entwickelung der Psychose bis zum endlichen Grössenwahn stattfindet, und jenes als eine „besondere Art von Psychose" anzuerkennen ist. Mir scheint der Grössenwahn, wie bei der allgemeinen Paralyse, nur ein Symptom des zunehmenden geistigen Zerfalls zu sein, auf keiner logischen Entwickelung zu beruhen, wie die französischen Aerzte in ihrer Mehrzahl annehmen. *Kelp*-Oldenburg.

Die Verbindungen der Vorstellungen nach Prof. *Wundt*. Kritik und die in der Psychologie wieder aufgefundene Seele.

Ich betrachte hier das 17. Capitel in *Wundt*'s umfangreichem Werke „Psycho-Physiologie". Unter dem Titel „Verbindungen der Vorstellungen" (Theil II S. 364—404) betrachtet *Wundt* I. die simultane Association, II. die successive Association und III. die apperceptive Association, ausserdem IV. die geistigen Anlagen, die sich zwar auch in Vorstellungsassociationen äussern, aber doch richtiger zu den ursprünglichen Beschaffenheiten oder Eigenschaften des Bewusstseins, richtiger, der Denkkraft gehören. Ich will den Kern dieser ausgedehnten Erörterung wiedergeben und einige Betrachtungen anknüpfen. Ich kann mich nicht mit *Wundt*'s Auffassung verständigen. Er gebraucht das Wort Apperception, und dies Wort ist das richtigste und wichtigste in seiner ganzen Abhandlung, aber es bezeichnet doch nur das bewusste Erfassen der denkenden Seele oder der Denkfunction, und in der Nähe der Association übte es eine sehr verwirrende Kraft aus, so dass sich die ganze Lehre von den Vorstellungsverbindungen auf die Apperception zurückführen lässt. Ich folge hier ganz der Darstellung *Wundt*'s.

I. Simultane Associationen, d. h. ohne Betheiligung der activen Apperception, und insofern diese betheiligt ist, heissen die simultanen Associationen apperceptive. Auch die Associationen werden nur apperceptiv wahrgenommen, aber nur passiv apperceptiv und sie gelangen eindeutig in das Bewusstsein. Ohne Apperception findet jedoch kein Geschehen im Geiste statt, es ist also die ganze Schilderung der Associationsphysiologie ohne die Apperception nicht zu verstehen. Die Verbindungen der simultanen Association sollen anscheinend fertig dem Bewusstsein überliefert werden, und Herr *W.* weist daher auf das 16. Capitel zurück und beleuchtet sie hier nur in Bezug auf das Bewusstsein. Er unterscheidet folgende Formen:

1. Die associative Verschmelzung oder die Synthese der Empfindungen. Unsere Vorstellungen sind aber keine selbstgemachte Zusammensetzungen der Empfindungen, sondern Sinnesbilder, die aus den Sinnen in das Gehirn geleitet und hier durch Erfassen, Zerlegen und Wiederzusammensetzen zur Kenntniss gebracht werden, aber nicht durch unser Zusammensetzen als Gehirnbilder entstehen. Diese aus den Sinnen erworbenen Bilder vertheilen sich im Gehirn in die empfänglichen Stellen, wo sie bis zu ihrem organischen Erlöschen ruhen, je nachdem sie durch das Wissen von der Denkkraft festgehalten werden. Sie lassen sich dabei apperceptiv, automatisch und reflectorisch erwecken und zu Aeusserungen und Zusammensetzungen gebrauchen.

a. Die intensive Synthese, d. h. bei gleichartigen Empfindungen und b. die extensive Synthese d. h. bei ungleichartigen Empfindungen. Die stärkste Empfindung herrscht vor in der Zusammen-

setzung, und die selbständigen Eigenschaften der andern gehen in dem Product unter. Dieses Verschwinden hat man aus der Zweckmässigkeit erklärt, denn man sei nur gewohnt, die brauchbaren Empfindungen zum Bewusstsein zu bringen d. h. zu appercipiren d. h. zu verstehen und nach dem Verständniss und Bedarf auszuwählen, so dass also die in- und extensive Synthese ohne Apperception gar nicht zu Stande kommt. Der wahre Grund des Zurücktretens gewisser Elemente im Verbinden liegt in den ursprünglichen Eigenschaften des Bewusstseins, nämlich der schwachen Denkkraft, die sich als Aperception auf einen engen Inhalt des Bewusstseins beschränke und diesen als einzelne Vorstellung von mehr oder minder complexer Beschaffenheit auffasse d. h. bequem, nachlässig, unexact, urtheilslos verfahre, zumal wenn eine einzelne Empfindung vorwaltend stark und regelmässig vorkomme.

c. Die Assimilation der Vorstellungen d. h. Hineintragung des Erinnerungsbildes in das äussere Object, wie bei der Illusion. In dem Assimilationsproducte seien einzelne Elemente eliminirt, also durch die ursprüngliche Eigenschaft der Denkkraft, und einzelne Theile des Erinnerungsbildes würden durch den Sinneseindruck und gewisse Bestandtheile dieses durch das Erinnerungsbild ausgelöscht, also nicht appercipirt, so dass das selbstbewusste Erfassen durch sein Arbeiten oder Unterlassen die Schuld trägt, das Veranlassende, Machende ist. Nur die Vorstellung d. h. das Hirnbild aus den Sinnen sei uns unmittelbar gegeben, und bei der Assimilation existire nur das resultirende Product als wirkliche Vorstellung. Man muss also die assimilirende und die assimilirte Vorstellung unterscheiden, was die Assimilation nicht leicht verständlich macht, und das Hineinverlegen des Erinnerungsbildes in das äussere Object bei der Illusion ist auch schon eine bekannte alte Auffassung, bei welcher als wirkliche Vorstellung erst das resultirende Product gelten muss. Die Scheu vor dem Fremdworte Appercipiren und noch mehr die Scheu, die Seele als die appercipirte Substanz zu bezeichnen, mag es verschuldet haben, dass man auch den Vorstellungen ein gegenseitiges Anziehen zuschrieb und sogar das Assimiliren ein Appercipiren nannte, ein Anziehen durch die Vorstellungen, ein Erfassen durch letztere, somit das Appercipiren sachlich schwer erkannte.

d. Die Complication der Vorstellungen d. h. disparater Vorstellungen, die, wenn die Sinneseindrücke wegbleiben und durch Reproduction ergänzt werden, z. B. das Gesichtsbild eines Körpers und seine Härte und Schwere, wobei die Phantasiebestandtheile stärker werden, wenn die unmittelbare Sinneswahrnehmung sicher, eine Hindeutung auf sie enthält z. B. die erwachenden Tastempfindungen, die einer scharfen Spitze entsprechen.

α. Verbindung der Sinneseindrücke mit eigenen Bewegungen, z. B. die pantomimische und die mimische Ausdrucksbedeutung.

β. Verbindung der Vorstellung mit der Bewegungsempfindung der Sprachorgane und mit dem Schalleindrucke, und es handelt sich

hier nicht um Complication disparater, sondern gleichartiger und möglichst übereinstimmender, also verwandter Vorstellungen, und dieser Fall stehe auf der Grenze zwischen Complication und Assimilation; doch enthalte der Sprachlaut wenigstens die eigene Bewegung als einen besondern Bestandtheil und entfernter sei die Verwandtschaft des Sprachlauts und der Vorstellung, wenn diese aus andern Sinneseindrücken stamme, so dass in diesem soeben erwähnten Falle die Verbindung den Charakter der Complication behalte, — eine Undeutlichkeit, die durch sorgfältigere Aufzählung der Arten hätte vermieden werden können.

γ. Die Verbindung der Vorstellungen nach den Analogien der Empfindungen. Diese Analogien machen die Uebersetzung der verschiedenartigen Sinneseindrücke in die eine Form der Gehörsempfindung möglich (der metaphorische Gebrauch der Lautformen), der Sprachlaut ruft regelmässig das Vorstellungsbild herbei, das Schriftzeichen erweckt den Sprachlaut sammt dem Verstellungsbilde, doch entspreche dem abstracten Begriffe überhaupt nur das gesprochene oder geschriebene Wort als das hier vollständige Aequivalent der Vorstellung.

II. Successive Associationen. Indem sich frühere Sinnesvorstellungen anscheinend spontan erneuern, folgen sie dabei bestimmten Regeln der Verbindung. Reproduction und successive Association stehen daher in unmittelbarer Beziehung. Die Reproduction ist das Hervortreten einer Vorstellung im Bewusstsein, die Association ist ihr Zusammenhang mit einem vorausgegangenen Erinnerungsbilde oder Sinneseindrucke, also der directe Grund der Reproduction. Zwar könne eine Reproduction durch automatische centrale Kürzung entstehen, aber auch hier pflegen bereitliegende Associationen wenigstens für die specielle Form des Erinnerungsbildes bestimmend zu sein.

Die Regeln, nach welchen sich auf einander folgende Vorstellungen verbinden, nenne man Associationsgesetze (Aehnlichkeit, Contrast, Coexistenz und zeitliche Folge). Gesetze aber müssen aus den ursprünglichen Eigenschaften des sogen. Bewusstseins d. h. der Denkkraft abgeleitet werden; die hier gemeinten Erinnerungsregeln dagegen sind aus der Erfahrung genommen und können keine Gesetze sein. Herr *Wundt* unterscheidet zwei Hauptformen der successiven Association.

a. Die äussere Association in Folge der Gewöhnung durch wiederholte Einübung, die sogenannte associative Uebung, b. die innere Association oder die associative Verwandtschaft, bei welcher die zu verbindenden Vorstellungen irgend welche Elemente mit einander gemeinsam haben müssen, beide Formen bedürften jedoch zweckentsprechende Eintheilungen. Man müsse daher die Associationen systematisch beobachten und sammeln. Siehe *Wundt* und *Scheede* S. 376. 377.

Herr *Wundt* unterscheidet hier auch die secundäre Entstehung der logischen Associationen durch die intellectuelle Ausbildung und die primäre Entstehung d. h. die Verbindung der Vorstellungen nach ihren unmittel-

baren inneren Beziehung, z. B. der Anblick eines Baumes, der an ähnliche erinnert, was noch keine logische Subsumption ergebe, aber die Vorbereitung zu einer solchen ausmache, und die innere Association sei völlig in das logische Subsumptionsurtheil übergegangen, sobald die associirte Vorstellung den Werth einer begrifflichen Vorstellung gewonnen habe, also appercipirt ist, und die Association besitze hier gegenüber den apperceptiven Processen den Werth einer vorbereitenden und unterstützenden Function; sie gehört also zur apperceptiven Verbindung.

Die Vorstellungen erscheinen uns als innere Thätigkeiten, obwohl nur ihrer Apperception dieser Charakter zukommt, auch sei die Apperception die constantere Function und werde bei allem Wechsel des Inhalts übereinstimmend empfunden. Ohne diese Constanz würden unsere Vorstellungen zerstreute Glieder sein ohne vereinigendes Band und darum auch nicht associationsfähig, die Association sei nur möglich auf Grund jener centraleren Einheit unseres Bewusstseins, welche wir in der inneren und äussern Willensthätigkeit unmittelbar in uns wahrnehmen.

Wir leiten die Associationen aus der Einheit unseres Wesens ab, indess diese Ableitung sehe die Folge für den Grund an. Das letzte, einzige und nicht weiter zu reducirende Merkmal für die Einheit unseres Bewusstseins d. h. der Denkfunction sei die Thätigkeit der Apperception, und die Einheit unseres Wesens sei selbst nichts anderes als die Apperceptionsthätigkeit, — und jede Metaphysik, welche die Apperceptionsthätigkeit an ein an sich unerkennbares Substrat binden möchte, zahlt der Mythologie ihren Tribut. Ein unerlaubtes Urtheil, umso unerlaubter, als die ganze Darstellung auf dieser Seite 380 die Wichtigkeit und Bedeutung der Apperception verherrlicht, und diese mächtige Thätigkeit nicht das Gehirngewebe zur machenden Ursache haben kann, sondern nebst dem Denken und Wissen einer übersinnlichen Kraft, einer Seele, wie man sie seit den ältesten Zeiten nannte, angehören muss. Als physiologischen Grund der Association lasse sich nur angeben, dass die Vorstellungen sich verbinden, weil die einzelnen Acte der vorstellenden Thätigkeit, der Apperception in einem durchgängigen Zusammenhange stehen; die Arten der inneren und der äusseren Association seien die elementarsten Auffassungen dieser verbindenden Thätigkeit. Die Associationen seien überall Vorstufen der apperceptiven Verbindungen, in den simultanen Associationen bereiten sich die Begriffe, in den successiven Associationen bereiten sich die logischen Processe vor. In den Beziehungen der inneren Association treten uns die Verhältnisse der Vorstellungen entgegen, und die äussere Association bereitet theils die innere Association vor, theils befestigt sie die Producte derselben. Association und apperceptive Association unterscheiden sich wie passive und active Apperception, wie die eindeutig aus nur einem Motiv und die aus der Wahl zwischen mehreren Motiven hervorgehende Willkürhandlung. Die Apperception bringt die in den Associationen schon vorgebildeten Vorstellungen im allgemeinen in Verbindung. Der specifische

Werth der Verbindungen für unser Bewusstsein sei durch die vergleichenden Beziehungen der Vorstellungsinhalte gegeben, und diese Beziehungen entstehen durch das Auswählen aus einer Mehrheit bereitliegender Associationen. Alles Denken sei daher Wahlthätigkeit. Für die Formen der Association seien der eigene Inhalt und die äusserlichen Beziehungen der Vorstellungen maassgebend; für die apperceptiven Verbindungen der Vorstellungen bieten die Associationen nur das Material dar, die Formen und Gesetze dieser Verbindungen sind jedoch von jenen Handlungen der Vergleichung und Wahl bestimmt, in welcher das Wesen der activen Apperception selbst besteht.

In der activen Apperception liegt demnach die Völle aller geistigen Erscheinungen: das Wissen, das Denken, auch die Begriffs- und Urtheilsbildung, das Fühlen und Empfinden, das Streben, das Wollen und alles Thun. Zu dieser umfassenden Bedeutung hat Herr *Wundt* die Apperception emporgearbeitet, und ich darf daher kühn aussprechen, dass Herr *Wundt* hiermit die Seele, den denkenden Geist wieder in die Psychologie eingeführt und gerechtfertigt hat. Sitzt diese Apperceptionskraft auch im Gehirn, umhüllt von dem bildernden und associirenden Gewebe, so wird Herr *Wundt* doch ein Substrat der Seele zugestehen müssen. In der von Herrn *Wundt* hier gegebenen Nachweisung der activen Apperceptionsthätigkeit habe ich die Seele der älteren Gelehrten und das wieder entdeckt, was man als den menschlichen Geist zu bezeichnen hat. Physiologisch begnügte man sich mit der Annahme, dass von allen Eindrücken ihnen irgendwie gleichende Spuren im Centralorgan zurückbleiben. — „Spuren" d. h. Nachwirkungen oder Dispositionen als eine Art der Nachwirkung, welche nicht nur die Entstehung gewisser Vorgänge erleichtert, sondern einen bleibenden, noch dazu mit dem zu erneuernden Vorgange verwandten Zustand darstellt. Die Spuren bestehen wesentlich in einer functionellen Disposition und die durch Einwirkung in den Nerven und in den Centralorganen vor sich gehenden bleibenden Veränderungen seien aber mit den Functionen, die dadurch prädisponirt werden, nicht direct vergleichbar.

Die Reproduction der Vorstellung ist verwandt mit der Erscheinung der physiologischen Uebung, und da keine Vorstellung ohne begleitende centrale Sinneserregung stattfindet, so werden die Einflüsse der physiologischen Uebung, die bei den Leitungsvorgängen und Reflexvorgängen in Betracht kommen, auch hier wirksam sein, so dass jede Erregung der centralen Sinnesfläche eine Disposition zur Erneuerung dieser Erregung zurücklassen werde, zumal eine centrale Sinneserregung geeignet ist, eine frühere Erregung vermöge einer zurückgebliebenen Disposition zu wiederholen und centrale Sinneserregungen, welche oft mit einander verbunden waren, sich ganz wie verwandte Erregungen verhalten. Auf diese Weise entspricht der inneren Association die unmittelbare Uebung und der äusseren Association die Mitübung. Eine Vorstellung erleichtert das Auftreten einer ihr

ähnlichen früheren Vorstellung, und eine Vorstellung vertritt die gewohnheitsmässig mit ihr verbundene andere Vorstellung. Ohne die äusseren Sinnesorgane würden keine Sinnesbilder und keine Vorstellungen entstehen und ohne die günstige, die Wiedererweckung der früheren Sinnesregungen ermöglichende Beschaffenheit der Centren würden keinerlei Verbindungen zwischen den Empfindungen und Vorstellungen sich bilden können.

III. Apperceptive Association, d. h. mittelst activer Apperception auswählend aus mehreren Associationen mittelst der causal bestimmten Bewusstseinsthätigkeit und nach den eigentlichen Apperceptionsgesetzen (Denk- oder Vernunftgesetze), synthetisch oder analytisch, wobei die ursprünglichen Elemente aus der Verbindung verschwinden, in der Form der Application, der Verdichtung und Verschiebung der Vorstellungen unter dem Wechsel der Bedeutung, also als Begriffe, die in Gedankenbeziehung gebrachte Vorstellungen sind, und dabei die Vorstellung als Stellvertreterin des Begriffs.

Durch die Associationen, besonders durch die Assimilation und successive Association müssen für die active, mehrdeutige Apperception Vorstellungen stets bereit sein d. h. Bilder des objectiven Seins und Geschehens, so dass in den vorgestellten Dingen selber der logische Charakter der Associationen liege. Die Wirklichkeit liege in den Vorstellungen, die in den inneren Associationen ihren Ausdruck finden und in diesen Verbindungen appercipirt werden aus dem bedürfnissmässig vorher erfassten Ganzen, dessen einzelne Acte bereits appercipitiv ausgeführt sein müssen, so dass die Betheiligung der intellectuellen Function stark im Vordergrunde steht.

Vorstehendes ist der Inbegriff von 25 Seiten des 17. Capitels, der Lehre von den Verbindungen der Vorstellungen, und in diesem Inhalte, in dessen Hervorhebung der Apperception gegenüber den Associationen habe ich den alten Begriff der Seele mit ihrer Vernunft und mit den geistigen Gefühlen wieder gefunden, so dass ich diesen Fund hier zum Ausdruck gebracht habe und von Herrn *Wundt* diese Anerkennung und Würdigung der Seele mit ihrer geistigen Substanz fordere. Was nun noch weiter in *Wundt*'s Buche bis zu S. 490 steht, das betrifft theils die geistigen Anlagen, theils Geschichtliches und ist durch kleinen Druck theils so ausgezeichnet, als ob es nicht gelesen zu werden brauche, theils ist es zu wenig klar geschrieben, als dass es sich leicht wiedergeben lasse, weshalb ich hier auf den Text bis S. 400 verweise. Es handelt sich um *Herbart*'s Kampf der Vorstellungen und um *Beneke*'s vermeintliche Verbesserung dieses Streites der Vorstellungen mit einander, was alles durch die Lehre von der Apperception d. h. von dem gefühlsmässigen, gewollten Erfassen des Gewussten erledigt wird. Es wäre aber dem Buche *Wundt*'s eine bessere Verarbeitung seines Inhaltes zu wünschen, so dass man von diesem theuren, fast 700 Seiten starken Buche nicht auch sagen muss: „die Bücher seien nicht dazu da, um auch studirt zu werden".

Prof. Dr. *Hoppe*-Basel.

Aerztliche Gutachten über Geistes- und Gemüthszustände in Hessen. — Die durch Amtsblatt No. 16 vom 14. Juni 1883 angeordnete Einsendung ärztlicher Gutachten, beziehungsweise Abschriften ärztlicher Gutachten, welche in gerichtlichen Angelegenheiten — Strafsachen oder Civilsachen — über Geistes- und Gemüthszustände abgegeben werden, hat zukünftig in den Fällen zu unterbleiben, in welchen die Gutachten von den Aerzten der grossherzoglichen Landesirrenanstalten erstattet worden sind. (Bekannt. der Min. des Innern u. der Justiz. Section f. Justizverw. vom 9. Jan. 1889.)

Aus Berlin. — Das von der Deputation für öffentl. Gesundheitspflege aufgestellte Verwaltungs- und Bauprogramm für eine bei Biesdorf zu errichtende Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische, sowie die nach Maassgabe desselben vom Stadtbaurath Blankenstein entworfenen Bauskizzen sind in der heutigen Sitzung des Magistratscollegii zur Beschlussfassung gelangt. Die Anstalt soll zunächst 600 erwachsene und 100 jugendliche Epileptische aufzunehmen im Stande sein, aber so eingerichtet werden, dass ihre Erweiterung bis auf 1000 Personen möglich ist. Es ist darauf gerechnet, dass nicht nur die wirklich armen Kranken, sondern auch solche aus den mittleren Ständen, welche die Kosten bezahlen können, Aufnahme finden können, jedoch ohne dass besondere Verpflegungsklassen dadurch entstehen. Bei dieser Anstalt, welche für 300 Männer und 300 Frauen bestimmt ist, sollen die Sicherheitsmaassregeln, wie sie bei den Irrenanstalten getroffen werden, in den Hintergrund treten. Es wird vielmehr beabsichtigt, unglücklichen Kranken, deren Leiden ihnen das fernere Verweilen in der Gesellschaft unmöglich macht, eine geeignete Heimstätte zu bieten. Demnach wird der grösste Theil der Kranken in freieren Räumen untergebracht werden, während allerdings die Nothwendigkeit verlangt, für eine gewisse Zahl von Kranken auch eine geschlossene Anstalt zu errichten. Es lassen sich also zwei grössere Abtheilungen unterscheiden, die als die „Anstalt" und die „Kolonie" bezeichnet werden sollen. Dazu kommt auch das Gebäude für 100 jugendliche Epileptiker. Die Anstalt wird aus zwei Gebäuden, je einem für Männer und Frauen bestehen, zu welchen je ein durch eine Hecke umfriedigter Garten gehört. Das Anstaltsgebäude für Männer ist für 120 Kranke bestimmt und wird aus Keller, Erdgeschoss, erstem Stock und Boden bestehen. Das Anstaltsgebäude für Frauen wird dem für Männer analog sein und sich von diesem nur im Erdgeschoss und erstem Stock dadurch unterscheiden, dass die eigentlichen Krankenräume sich anders vertheilen. Jedes Stockwerk ist für 25 unruhige und 25 schwächliche oder intercurrent kranke epileptische Frauen bestimmt. Die „Kolonie" wird für diejenigen Kranken eingerichtet werden, welche nicht in den Anstaltsgebäuden untergebracht werden, vielmehr in einzeln stehenden kleinen, mit Gärten umgebenen Häusern wohnen sollen. Die Zahl dieser Häuser ist zunächst auf 16 bestimmt und zwar 8 zu 25, 4 zu 30 und 4 zu 40 Per-

sonen. Die einzelnen Häuser werden einfach und in äusserlich verschiedenen Formen gebaut werden. Das Haus für die jugendlichen Epileptiker wird etwas entfernt von den andern, mehr isolirt gelegt und mit dazu gehörigem Garten durch eine Hecke eingefriedigt werden. Die epileptischen Kinder sollen hier Pflege und ärztliche Behandlung finden, Erziehung, Unterricht und Ausbildung im Handwerk, soweit dies möglich ist. Von den anderweitig erforderlichen Baulichkeiten ist der Gutshof hervorzuheben, da bei dieser Anstalt auf eine ausgedehnte wirthschaftliche Beschäftigung der Kranken besondere Rücksicht genommen werden soll. Zum Leiter des Ganzen soll ein im Irrenanstaltsdienst erfahrener Arzt berufen werden. Da nach dem Kaufvertrag die Anstalt einen von dem Restgut Biesdorf verschiedenen Namen erhalten muss, wird vorgeschlagen, der Anstalt die Bezeichnung „Wuhlgarten, Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische" beizulegen. Die Kosten sind bei Ausführung der ganzen Anlage auf 4,730,000 Mk. veranschlagt. (Nationalzeit. No. 173. 1889.)

Aus Bonn. — Zum Nachfolger *W. Nasse*'s wurde San.-R. Dr. *Pelman* in Grafenberg berufen, der zunächst den Ruf ablehnte, aber auf besonderen Wunsch des Kgl. Ministerii im Interesse der Sache ihm folgen zu müssen meinte. Ihm wurde auch ein Ordinariat an der Universität zugesichert. Das Kgl. Ministerium machte nur die Abhaltung der Klinik zur Pflicht und stellte ihm für die theoretischen Vorlesungen einen klinischen Assistenten zur Verfügung. Immer mehr wird die Vertretung der Psychiatrie an den Universitäten als eine Nothwendigkeit anerkannt und bald wird dieselbe überall in Deutschland zur Geltung gekommen sein.

Aus Württemberg. — In Schloss Stetten, der grossen Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige und Epileptische hat nach achtjähriger Thätigkeit als ärztliches Vorstandsmitglied der um die Förderung der Anstalt wie durch seine practische und wissenschaftliche Bereicherung der Kenntnisse über die Epilepsie in weiteren Kreisen bekannte Dr. *Wildermuth* seine Stellung gekündigt. Die Nothwendigkeit, auch in der Umgegend die Pflichten des practischen Arztes erfüllen zu müssen, und andere Umstände haben bei den sich immer steigenden Anforderungen in und für die Anstalt diesen Entschluss herbeigeführt. Es ist zu erwarten, dass Württemberg, welches gegenwärtig durch Gründung einer psychiatrischen Klinik in Tübingen und durch den Neubau einer Irrenanstalt den Anforderungen der Gegenwart an dieser Disciplin gerecht zu werden beabsichtigt, einer so bewährten Kraft die Gelegenheit bietet, sich in noch hervorragenderer Stellung nützlich zu machen.

Aus der Schweiz. — In Ellikon, Canton Zürich, ist am 3. Januar eine Trinkerheilstätte eröffnet, und sie beherbergt bereits 14 Patienten, während sie nur für 20 berechnet ist. Hausvater H. J. Borkard. Aufsichtsärzte sind *Forel*-Burghölzli und *Bleuler*-Rheinau. Jener auch Vorstand des Directionscomités. Einer grösseren Commission steht Dr. *von Maudach*-Schaffhausen vor.

Aus Westphalen. — Der Landesdirector hat von den Provinzialständen 2 Millionen für die Irrenanstalten bewilligt erhalten und zwar c. $^1/_2$ Million für den Ausbau der alten und $1^1/_2$ Millionen für einen Neubau im Südwesten der Provinz. Leider haben sie beschlossen, dass als Pflegerinnen in den evangel. Anstalten Diaconissen angestellt werden.

Aus Amerika. — Die „Medico-Legal-Society" zu New-York, 57 Broadway, fordert zur Theilnahme an einem „International Congress of medical jurisprudence" auf, der am 4.—7. Juni 1889 zu New-York abgehalten werden wird. Präsident *Clark Bell*, Secretair *Moritz Ellinger*. Im Comité werden aus Deutschland angeführt: Prof. *Fürstner*-Heidelberg, Dr. *Kornfeld*-Schlesien, Prof. *v. Holtzendorf*-München.

Aus Frankreich. — Der Congrès international de Médecine mentale wird gelegentlich der Weltausstellung in Paris Sitzungen vom 5. August bis 10. August 1889 abhalten. Excursionen finden statt nach dem Asyl von Villejuif, nach dem Asyl St. Anne, nach Bicêtre in die Abth. des Dr. *Bourneville*. Mitglieder des Comité sind die Herren *Ball*, *Blanche*, *Charpentier*, *Cotard*, *Falret*, *Garnier*, *Magnan*, *Motet*, *Ritti*, *Voisin*.

Aus England. — Die „British Medical Association" hält ihre 57. Sitzung zu Leeds in England am 30. u. 31. Juli, am 1. u. 2. Aug. 1889 ab. Die Section der „Psychology" unter dem Präsidenten Dr. *Hack Tuke* zu London und den Vice-Präsidenten Dr. *B. Lewis*-Wakefield und *R. Atkins*-Waterford wird vom Präsidenten mit einer Adresse „The past and present provision for Pauper Lunatics in Yorkshire" und der Einführung in die Discussion „Ought the Future Provision for this Class to be on the same lines?" eröffnet werden. Dr. *Ireland* wird eine Discussion eröffnen über „The double brain and the discordant action of the two hemispheres in insanity". Vorträge haben zugesagt Drs. *Fl. Beach*, *B. Lewis*, *Savage*, *Shuttleworth* und *Wiglesworth*.

Nekrolog. Werner Nasse, geb. 7. Juni 1822, *gest.* 19. *Januar* 1889. — Die Menschen kommen und gehen, so ist es von jeher gewesen, und so wird es auch ferner sein, so lange diese Erde besteht. Das eine begrüssen wir mit Freude, dem andern trauern wir nach, und wenn uns der Schmerz um den Verlorenen und auf immer Dahingegangenen gar zu sehr überwältigen will, dann suchen wir wohl Trost in dem Gedanken, dass Niemand auf Erden unersetzbar, Keiner unentbehrlich sei.

Dem mag ja so sein, nichtsdestoweniger aber reisst der Tod hin und wieder tiefe und breitklaffende Lücken, wo uns das Entbehren schwer und die Hoffnung auf einen Ersatz unfassbar wird, und vor einem solchen Grabe stehen wir jetzt.

Und wenn die Zeit auch die Wunden heilt und den Schmerz lindern wird, der uns vor dem frischen Grabe befangen hält, das was wir an dem Manne verloren haben, das werden wir je länger um so mehr einsehen und empfinden lernen.

Bei der ernsten Berathung und bei dem frohen Festmahle, überall wo es sich darum handelte, psychiatrische Bestrebungen und Interessen zur Geltung zu bringen, überall werden wir ihn vermissen, und nur schwer werden wir sein mildes und versöhnliches Wesen, sowie vornehme Erscheinung und seine weltmännische Gewandtheit entbehren; denn mild und versöhnlich, vornehm und gewandt, ein Gentleman in des Wortes allerbester Bedeutung, das war *Werner Nasse*, dessen Tod wir betrauern

Carl Friedrich Werner Nasse wurde geboren am 7. Juni 1822 zu Bonn, wo das „*Nasse*'sche Haus" sich noch bis in die letzten Jahre im Besitze seiner Familie befand.

Sein Vater war der bekannte Kliniker *Fr. Nasse*, dessen Name in Verbindung mit *M. Jacobi* stets genannt werden wird, wenn von der Entwicklung der Irrenheilkunde und ihren Fortschritten in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts die Rede ist. Wir alle kennen den Werth, welcher der Erziehung im elterlichen Hause zukommt, und wir wissen, wie bestimmend die ersten Jugendeindrücke für das ganze Leben sind. Und in dieser Beziehung lagen die Verhältnisse in dem elterlichen Hause *Nasse*'s so günstig wie nur möglich.

Bonn war damals noch eine kleine und recht spiessbürgerliche Stadt, die durch die neue Universität erst aus langjährigem Schlummer zu neuem Leben und zu frischer Thätigkeit aufgeweckt werden musste. Was dem Einzelnen an Glück und Unglück wiederfuhr, das wurde von der ganzen Stadt empfunden, und der Ruhm, den Einer sich erwarb, der Name, den er sich machte, wurde von allen als ein gemeinsamer Gewinn betrachtet, wofür sie sich dankbar zeigten. Man fühlte sich eben als eine zusammengehörige Familie, und man war stolz auf seine grossen Bürger.

Dass hierbei der Professor der inneren Medizin, dessen Thätigkeit ihn wohl am allermeisten mit dem Volke in Berührung brachte, und der allezeit bereit war mit seiner Wissenschaft und Kunst hülfreich einzutreten,

nicht die letzte Stelle einnahm, liegt auf der Hand. Allerdings war der „alte Nasse" wie man ihn später nannte, nicht in dem Grade volksthümlich, wie es etwa *E. M. Arndt* und andere geworden sind.

Die Bedingungen hierzu lagen nicht in seiner ernsten und vornehmen Natur, und wahrscheinlich auch nicht in seinem Willen, aber geachtet und geehrt war er bei hoch und niedrig, und dieses Ansehen übertrug sich folgerichtig auf sein Haus und seine Familie.

Hierzu kam, dass die Mutter *W. Nasse*'s eine Frau von ganz hervorragenden Eigenschaften und von einer seltenen Willenskraft war, die ihr bis in das späteste Alter zu eigen verblieb, und sie bis zu ihrem Tode zum Mittelpunkte der Verehrung und der Liebe ihrer zahlreichen Familie machte.

Hier, unter diesen günstigen Verhältnissen, unberührt von des Lebens niedrer Sorge und Qual, wuchs der junge Werner heran, und da ausser den Brüdern auch mehrere Schwestern das Haus zierten, so kann auch jenes Element der Erziehung zur Geltung, das man nie hoch genug schätzen, kann, das durch die Frauen. Die rücksichtsvolle und feine Empfindung die den reifen Mann zu einem so liebenswürdigen Gesellschafter machte, wurde hier im Verkehre mit den Schwestern gewonnen, und der ritterliche Takt, der ihn im Umgange mit Franen nie verliess, war auf solche Weise erworben.

So ausgerüstet, besuchte er das Gymnasium zu Erlangen, studirte an der Universität zu Bonn und Marburg in den Jahren 1841—45 die Heilkunde, so gut und so schlecht wie sie damals gelehrt wurde, und besuchte zu seiner weiteren Ausbildung die Kliniken in Prag, Wien und Paris.

Dass die mächtige Persönlichkeit des Vaters auf die Entwicklung des Sohnes bestimmend einwirken musste, wird uns um so weniger befremden, wenn wir uns in die Zeiten zurückversetzen, in welche die Entwicklung des jungen *Nasse* fiel.

Noch war die Naturphilosophie kein überwundener Standpunkt in der Medicin, und namentlich in Bonn besass sie namhafte Anhänger, deren Einfluss es in hartem Kampfe zu besiegen galt.

Die klinische Beobachtung, die uns heutzutage als selbstverständlich erscheint, musste damals erst gewissermaassen erfunden, in jedem Falle aber mühsam herausgearbeitet werden, und weit mehr noch als für die innere Medicin galt dies für die Psychiatrie. Was *Fr. Nasse* gerade auf diesem Gebiete im Vereine mit *M. Jacobi* geleistet hat, ist bekannt, und es müsste einen um so tieferen Eindruck auf das Gemüth eines jungen Mannes machen, der Dank seiner Jugend ohnehin geneigt war, das Alte bei Seite zu schieben und sich dem Neuen zuzuwenden, als dieser junge Mann der eigene Sohn des bahnbrechenden Vaters war.

Der Gegenstand der Dissertation, die *Werner Nasse* behufs Erlangung der Doctorwürde der medicinischen Facultät zu Bonn vorlegte und am 20. December 1845 vertheidigte, „de singularum cerebri partium functionibus

ex morborum perscrutatione indagatis" zeugt von diesem Einflusse, und wie er die klinische Beobachtung für das Verständniss der physiologischen Vorgänge zu verwenden suchte, und dieser Anschauungsweise ist er sein ganzes Leben hindurch treu geblieben.

Diese strenge klinische Schulung war ihm bei der Behandlung der Kranken zur zweiten Natur geworden und machte ihn später zu einem stets anregenden und erfolgreichen Lehrer.

Zunächst aber wandte er sich der Praxis zu, und er wäre unzweifelhaft einer der angesehensten und beschäftigsten Aerzte seiner Vaterstadt geworden, wenn er in der Praxis seine dauernde Befriedigung gefunden hätte.

Das war indess nicht der Fall. Es drängte ihn zur Psychiatrie, und da er seiner Neigung in einer andern Weise zunächst nicht folgen konnte, entschloss er sich zur Errichtung einer Privat-Irrenanstalt.

Diesen Vorsatz führte er im Winter von 1847 auf 48 aus, und bald nachher führte er seine Cousine als Gattin heim (am 15. Juni 1848). In dem damaligen sogenannten Kiessnacher Felde, Angesichts des Venusberges und der Sieben Berge, erwarb er sich ein einzeln gelegenes Haus, und hier verlebte er die ersten Jahre seiner Ehe und seiner psychiatrischen Thätigkeit, und zwar führte er die Privatanstalt anfangs mit seinem Vater gemeinsam. Aber diese Art der Thätigkeit konnte ihn auf die Dauer nicht befriedigen, und er war, wenn ich nicht irre, bereits entschlossen, die Privatanstalt aufzugeben, als er einen Ruf als Nachfolger Flemmings in der Direction der Mecklenburgischen Staats-Irrenanstalt Sachsenberg bei Schwerin erhielt, dem er im Jahre 1854 freudig Folge leistete.

Und hiermit beginnt *Nasse's* bis zu seinem Tode andauernde Wirksamkeit als Anstaltsdirector und als Irrenarzt, als Organisator und Förderer der Wissenschaft.

Es lag nicht in *Nasse's* Art, viel von sich zu reden, und so sprach er selber wohl kaum von seiner Stellung in Mecklenburg. Dass dieselbe aber eine höchst angesehene gewesen, und er seinem Grossherzoge, der ihn zu seinem Leibarzte ernannt hatte, auch persönlich nahe getreten sein muss, geht aus der eigenhändigen Widmung zweier Bildnisse hervor, die sein Studierzimmer schmückten. Lange nachdem er Mecklenburg verlassen hatte, behielt er einen bestimmenden Einfluss auf die Wahl seiner Nachfolger, als ein sprechendes Zeugniss des Vertrauens, das er sich während seiner dortigen Wirksamkeit erworben hatte.

Während er hier ferne von der Heimath weilte, hatten sich über der rheinischen Irrenanstalt Siegburg schwere Wolken zusammengezogen, und eine schlimme Zeit war für die alte Anstalt hereingebrochen.

Jacobi war hochbetagt im Jahre 1858 in's Grab gesunken, und sein Nachfolger hatte wenige Jahre nachher in der Vollkraft seiner Jahre und seines Schaffens, durch unseelige Vorkommnisse verwirrt, seinem Leben ein vorzeitiges Ziel gesetzt.

Siegburg war verwaist, aber mehr noch, es war verwildert, und es bedurfte einer festen Hand, um Ordnung in die vielfach verfahrenen und verkommenen Verhältnisse zu bringen.

In dieser Noth wandte sich die Provinzial-Verwaltung an *Nasse*, bei ihm suchte und fand sie Hülfe. Es war wahrhaftig keine leichte Aufgabe, die sich da vor ihm aufthat, und leicht wird ihm der Entschluss, das ihm lieb gewordene Sachsenberg zu verlassen und die Direction von Siegburg zu übernehmen, nicht geworden sein. Er kannte Siegburg und wusste, wie wenig es den Ansprüchen entsprach, die eine neue Zeit an die Irrenanstalten stellte, und er war sich über die Aufgabe, die seiner dort harrte, keinen Augenblick im Unklaren.

Diese Aufgabe aber war nicht leicht. Sie bestand zunächst darin, mit einer Reihe alteingewurzelter Vorurtheile aufzuräumen und den Ständen die Ueberzeugung beizubringen, dass Siegburg, so wie es war, nicht weiter fortbestehen könne und dürfe.

Ohne Kampf war das nicht zu erreichen, und da *Nasse* eigentlich keine streitbare Natur und ihm jede Art des Kampfes eher unangenehm und peinlich war, so lag hierin gewiss nichts, was ihn verlocken konnte. Andererseits aber hatte er eine klare Einsicht in die traurigen und unhaltbaren Verhältnisse des rheinischen Irrenwesens, er fühlte in sich die Pflicht, seiner heimathlichen Provinz in ihrer Noth beizustehen, und die Kraft ihr zu helfen, und so schwer es ihm auch geworden sein mag, er folgte dem Rufe und übernahm am 6. November 1863 die Leitung der verwaisten Anstalt.

Damit kam eine neue Zeit über das alte Siegburg und das rheinische Irrenwesen überhaupt, und die nun folgenden 25 Jahre sind reich an Ereignissen, die alle mit dem Namen *Nasse*'s innig verknüpft sind.

Zunächst aber warf ihm die Anstalt den Fehdehandschuh hin, und raubte ihm das Theuerste, was er besass, die Gattin. Schon im Frühjahr 1864 erkrankte sie am Typhus und starb nach kurzem Krankenlager (am 14. Juni 1864). Der Tribut, den er den nichtswürdigen, aller Gesundheitspflege hohnsprechenden Einrichtungen Siegburgs darbringen musste, war ein furchtbarer, und lange krankte er unter dem Schlage, der ihn betroffen.

Dann aber ging es zum unvermeidlichen Kampfe. Siegburg war bekanntlich eine ehemalige Abtei und von *Jacobi* 1825 zu einer Irrenanstalt eingerichtet worden, so gut es eben ging.

Seitdem hatten sich die Ansichten gewaltig geändert, die Zeiten waren fortgeschritten, Siegburg aber war geblieben was es gewesen, unzureichend, alt und in seinen inneren Einrichtungen abscheulich. Das durfte man aber bei Leibe nicht sagen, ohne in ein Wespennest zu stechen und gewaltigen Ingrimm gegen den Frevler hervorzurufen.

Innerhalb der Anstaltsmauern bei den alten Beamten und ausserhalb derselben in der Stadt und bei den Landständen bestand die Ueberzeugung

von Alters her, dass Siegburg die beste der möglichen Irrenanstalten sei, und das war so oft gesagt und wiederholt worden, bis es zu einem Glaubensartikel geworden, an dem zu rütteln nicht ohne Gefahr war.

Ich wenigstens würde es damals keinem Anstaltsbewohner gerathen haben, an dem Satze von der eigenen Vortrefflichkeit zu zweifeln, er wäre unweigerlich als Ketzer angesehen und als räudiges Schaf von jeder ordentlichen Gesellschaft ausgeschlossen worden.

Hier galt es nun eine Bresche zu schiessen und wenigstens bei dem einsichtsvolleren Theile der Bevölkerung eine richtigere Anschauung vorzubereiten. *Nasse* hat dies in kurzem und schwerem Ringen durchgeführt und manches Promemoria zu diesem Behufe geschrieben. Manches andere ist gegen ihn geschrieben und ihm, wie es in einem Streite um Kirchthurminteressen nahe liegt, auch wohl persönliche Motive untergeschoben worden. Es giebt eben Leute, die für eine selbstlose Begeisterung so wenig Verständniss haben, dass sie dieselbe auch bei einem andern nicht begreifen können. *Nasse* wusste genau, was er bezweckte, und dass bei einer Reorganisation des rheinischen Irrenwesens, wo an Stelle des einen Siegburgs 3 oder noch mehr neue Anstalten in Aussicht genommen waren, für ihn nur vermehrte Arbeit und Unruhe herauskommen würde, darüber war er sich vollständig klar. Diese Einsicht konnte ihn jedoch nicht hindern, auf dem Wege, den er als den richtigen erkannt, vorzugehen, und denselben selbst dann nicht zu verlassen, als trübere Zeiten kamen und es den Anschein hatte, als wolle man das Werk, das er als die Aufgabe seines Lebens betrachtete, ohne seine fernere Mitwirkung zu Ende führen.

Dass er damals auf seinem Posten ausharrte und allen Kränkungen zum Trotz die Waffen nicht aus der Hand legte, das habe ich ihm von jeher am höchsten angerechnet und am meisten bewundert.

Ja, es waren trübe Zeiten, und trübe Gedanken mögen ihn oft genug erfasst haben, als er sich um eine der Anstalten, die er erdacht, geplant und erbaut hatte, bewerben musste wie jeder andere, und der Weg nach Bonn erst über Andernach führte. Und dieser Weg, wie schwer ist er ihm geworden!

Nasse war einer der gewissenhaftesten Menschen, die ich je gekannt, und er war gewohnt, grosse Ansprüche an sich zu stellen. Die Pflichten eines Anstaltsdirectors begannen für ihn am frühen Morgen und endeten spät, und er war nicht mit sich zufrieden, bevor er seine Kranken gesehen und sich selber von ihrem Ergehen überzeugt hatte. Mit der gleichen Gewissenhaftigkeit ging er an alles andere heran, was er unternahm, und man konnte sicher sein, dass er bei den wöchentlichen Conferenzen, wo jeder der Aerzte eine oder auch mehrere Krankengeschichten vorzutragen hatte, über die betreffenden Kranken mindestens ebenso genau Bescheid wusste, wie der vortragende Arzt selbst.

Dass ein solcher Mann die Obliegenheiten eines klinischen Lehrers nicht leicht nehmen würde, war zu erwarten, und in der That hat er an

dem Gedanken, zu seiner bisherigen Arbeitslast noch die Lehrthätigkeit übernehmen zu müssen, lange und schwer getragen.

Jahre lang hat er mit sich gekämpft, und nur die Ueberzeugung, wie ihm keine andere Wahl gelassen sei, hat ihn schliesslich bewegen können, die Direction von Bonn und damit die Verpflichtung zu klinischen Vorträgen zu übernehmen. (Am 3. Mai 1881.)

Ob er hiermit das Rechte getroffen, und ob er sich nicht doch mehr zugemuthet hatte, als er zu leisten im Stande war, diese Frage ist seither oft an mich herangetreten, und so sehr ich mich seiner Zeit bemüht habe, seine Bedenken zu widerlegen und ihn zur Uebernahme von Bonn zu bestimmen, so zweifelhaft ist es mir später geworden, ob ich ihm hiermit einen wahren Freundschaftsdienst erwiesen habe.

Nicht etwa, als ob es ihm bei seiner Thätigkeit als klinischer Lehrer an Erfolgen und Anerkennung gefehlt hätte, im Gegentheil, aber diese Thätigkeit geschah auf Kosten seiner Lebenskraft, und es konnte seinen Freunden nicht entgehen, wie rasch er seitdem gealtert ist.

Trotz aller Bitten und Vorstellungen hat er sich nie entschliessen können, von dem Dienste, wie er ihn gewohnt war, und den er die langen Jahre hindurch mit Aufopferung seiner ganzen Kraft durchgeführt hatte, auch nur ein Titelchen abzugeben. Wenn man mit ihm darüber sprach, so zeigte er sich wohl im Principe geneigt, eine Erleichterung eintreten zu lassen, kam es aber zu bestimmten Vorschlägen, dann stiess man sehr bald auf Widerstand, und man merkte leicht, wie es ihm widerstrebte, etwas, was er für richtig anerkannt, lediglich der eigenen Schonung und Bequemlichkeit halber aufzugeben.

So ist er denn geblieben, bis er zuletzt nicht mehr konnte, der erste am Platze und der letzte, treu und unermüdlich ausharrend im Dienste und treu seiner Pflicht bis in den Tod.

Schon lange hatte er gekränkelt, und so recht wohl ist er in den letzten Jahren nicht mehr gewesen.

Eine Rippenfellentzündung brachte ihn für längere Zeit in seinen Kräften und seiner Ernährung herunter, und als deren Folgen einigermaassen überwunden schienen, quälte ihn eine langwierige und schmerzhafte Entzündung des Zeigefingers, die schliesslich dessen Amputation zur Folge hatte. Eine ähnliche Entzündung zeigte sich im Spätherbste vorigen Jahres am linken Fusse, nur war eine Amputation diesmal leider nicht mehr ausführbar, und *Nasse* sollte sein langwieriges und schmerzhaftes Krankenlager nicht mehr verlassen.

Zum 6. November 1888 hatte der Verein der rheinischen Irrenärzte, dessen erster und ständiger Vorsitzender er gewesen, die Feier seines 25j. Jubiläums als rheinischer Anstaltsdirector geplant, als die ersten beunruhigenden Nachrichten über seinen Gesundheitszustand bekannt wurden. Noch glaubten wir an eine vorübergehende Affection, und wir verschoben die Feier in der Hoffnung auf Besserung. Als wir ihm alsdann am 21. Nov. die

Glückwünsche des Vereins an sein Krankenlager brachten, da geschah es mit dem herzzerbrechenden Gefühle, dass wir unsere Wünsche um langes Leben und Gesundheit einem dem Tode Geweihten übermitteln mussten.

Noch 2 Monate lang widerstand *Nasse*'s kräftige Natur dem tückischen Feinde. Die brandige Entzündung des Fusses schritt langsam weiter, der Verfall der Kräfte nahm immer mehr zu, und am 19. Jan. ging er heim zur ewigen Ruhe, er, der sich im Leben keine Ruhe gestattet hatte.

Am 23. Jan. haben wir ihn begraben.

Nasse ruht auf dem Kirchhofe zu Siegburg, angesichts der Stätte seiner längsten und erfolgreichsten Thätigkeit, an der Seite seiner zweiten, ihm leider allzufrüh verstorbenen Gattin. Auf ihn herab sieht grau und ernst die alte Burg, wo er viel Freudiges aber auch unendlich Schmerzvolles erlebt hat.

Hat ihm doch dort noch einmal nach vielen Jahren der Frühling gelacht und die Liebe ihr verjüngendes Füllhorn über ihn ausgegossen!

Elf Jahre hatte der einsame Mann allein in dem alten Jakobi'schen Hause gewohnt und seiner von ihm innig geliebten Gattin nachgetrauert, als von neuem die Frage der Verehelichung an ihn herantrat, und er sich zu einem zweiten Bunde entschloss. (29. April 1875.) Auch dieser Entschluss kann ihm nicht leicht geworden sein. Ohnehin keine der Naturen, die eine Sache leicht nehmen, lagen überdies in diesem Falle allerhand Verhältnisse vor, die wohl dazu angethan waren, ihm diesen Schritt zu einem besonders peinlichen zu machen. Und doch, wie glücklich war diese Wahl, und welche Hoffnungen glaubten seine Freunde daran knüpfen zu dürfen.

Als ich *Nasse* zuerst mit seiner jungen Frau wiedersah, traute ich kaum meinen Augen, und wir alle waren ihr von ganzem Herzen dankbar für den beglückenden Einfluss, den sie auf ihn ausübte. Er war ersichtlich jugendfrischer geworden, und diese Frische stand dem stattlichen Manne wohl an. Es war, als ob ein Druck, der jahrelang unbewusst auf ihm gelastet habe, nun auf einmal gehoben sei, alles an ihm hatte einen heiteren Schein, und mit welch' sicherem Takte wusste die junge Frau das Hauswesen, das bis dahin etwas ernst und einförmig gewesen, umzuwandeln und zu verschönen. Und als sich nun auch andere Hoffnungen erfüllten und er der Zeit entgegensah, wo er Vaterfreuden geniessen sollte, da kannte seine Freude keine Grenzen, und da, gerade da brach sein junges Glück jäh zusammen und die alte Anstalt forderte unerbittlich ihr zweites kostbares Opfer von ihm. (Am 1. Mai 1876.)

An der Bahre der Mutter wurde der einzige Sohn getauft.

Seit jener Zeit ist er wohl so recht nicht mehr froh geworden. Wohl ertrug er sein Leid mit der ihm eigenen Ruhe und gestützt auf einen tief religiösen Sinn, der ihm auch im Unglück Trost und Kraft verlieh, aber mit der alten Frische und der alten Freude war es vorbei, und nur mit Wehmuth konnte er auf den lang und heiss ersehnten Knaben herab-

blicken, über dessen kindlich frohen Zügen das Bild der todten Mutter schwebte.

Und jetzt ruht er an ihrer Seite aus, die alle Eigenschaften besass, um ihm die Tage seines Alters zu verschönern, und die ein tückisches Geschick ihm allzufrüh entreissen musste.

Von der wissenschaftlichen Tüchtigkeit *Nasse*'s zeugen zahlreiche Aufsätze in der Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie, deren Mitredacteur er seit einer Reihe von Jahren war. Das Amt eines Anstaltsdirectors ist im Allgemeinen nicht gerade geeignet, um eine umfangreiche literarische Thätigkeit zu begünstigen, es fehlt für gewöhnlich an Zeit, und das wissenschaftliche Material geht meist in des Dienstes ewig gleichgestellter Uhr zu Grunde.

Trotzdem wusste *Nasse* Musse zu finden, um seine Beobachtungen in einer Reihe von sorgfältig ausgearbeiteten Aufsätzen niederzulegen, die von seinem besonderen klinischen Geschicke und seiner scharfen Beobachtungsgabe Zeugniss geben. Dieselben erstrecken sich so ziemlich über das ganze Gebiet unserer Fachwissenschaft, behandeln aber mit Vorliebe practische Fragen, und stets wusste er seinem Gegenstande neue und anregende Gesichtspunkte abzugewinnen.

Oft griff er mit Erfolg in die Tagesfragen ein, nirgends aber mit mehr Glück und mit einem grösseren Erfolge, als in der Bekämpfung des Alkoholmissbrauches.

Die Erfahrungen, die er als Irrenarzt über den Schaden zu sammeln reichlich Gelegenheit hatte, die der Missbrauch geistiger Getränke auf breite Schichten des Volkes ausübte, bewogen ihn, in der Sitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Hamburg 1876 mit einem Vortrage: „Wie können die deutschen Irrenärzte zur Beseitigung des Schadens, den der Alkoholmissbrauch in unserem Volke anrichtet, mitwirken?“ vor seine Kollegen zu treten, und hiermit die Anregung zu einem mächtigen und hoffentlich immer erfolgreicheren Vorgehen abzugeben. Der grosse deutsche Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke, dessen Vorsitzender er bis kurz vor seinem Tode geblieben ist, trauert mit Recht um seinen Verlust, denn er verdankt ihm und seiner rastlosen Thätigkeit den grössten Theil seines Erfolges, und *Nasse*'s Name wird für immer mit diesem segensreichen Unternehmen verbunden sein.

Ueberhaupt machte ihn seine gesammte Persönlichkeit, sein versöhnliches Wesen, seine geschäftliche Gewandtheit und sein reiches Wissen wie kaum einen Anderen geeignet, an die Spitze wissenschaftlicher Vereine zu treten, und jahrelang hat er den Verein der deutschen Irrenärzte geleitet, nie hat der Verein der rheinischen Irrenärzte einen anderen Vorsitzenden gehabt als ihn.

Wer seine Art und Weise kannte, der weiss, dass dies keine Ruheposten für ihn waren. Für ihn, der gewohnt war, alles auf das Genaueste zu nehmen, vorzubereiten und zu erledigen, der alles wenn irgend möglich

persönlich besorgte und es niemals verstanden aber auch nicht beabsichtigt hat, die eigene Last auf andere Schultern abzuwälzen, bedeutete jedes neue Ehrenamt neue Arbeit und vermehrte Mühe, und nur seiner unermüdlichen Arbeitskraft und seinem unvergleichlichen Pflichtgefühle ist es zu verdanken, wenn er sich immer wieder auf's Neue den Bitten seiner Kollegen und Freunde fügte und die stets auf ihn fallenden Wiederwahlen annahm. Denn von Ehrgeiz war er frei, und wenn es ihm auch in seinem thatenreichen Leben an äusseren Anerkennungen und Ehren nicht gefehlt hat, so lag es doch eher in seinem Wesen, sie bescheiden zu verdecken, und nichts war ihm verhasster, als sie zur Schau zu tragen. Schon früh hatte ihn die Dankbarkeit seines Grossherzogs durch Verleihung der mecklenburgischen goldenen Verdienstmedaille ausgezeichnet, und bei seiner Uebersiedelung nach Preussen war ihm ausnahmsweise der Titel eines Geheimen Medicinalrathes zugestanden worden. Der Gnade seines Königs und Kaisers verdankte er ferner eine Reihe von Orden, und noch auf seinem Todesbette wurde ihm der Kronenorden zweiter Klasse zu Theil. Von Seiten der Universität Bonn war er zum ordentlichen Professor honoris causa ernannt worden, und ebenso war er Mitglied des Medicinal-Collegiums der Provinz.

So gestaltete sich sein Leben auch äusserlich als ein selten reiches und ehrenvolles, und je uneigennütziger sein Streben war, je weniger Werth er auf äussere Ehren legte, um so zahlreicher fielen sie ihm in den Schooss.

Was soll ich endlich von dem Menschen *Nasse* sagen?

Ich habe sieben Jahre an seiner Seite in Siegburg gelebt, erst als sein Assistenzarzt, dann als zweiter Arzt. In dem engen Raume der Anstalt ist das eine lange Zeit, um Jemanden kennen zu lernen, und ich habe *Nasse* dort schätzen und lieben gelernt.

Was ihn auch innerlich bewegen mochte, seine Untergebenen haben nie darunter zu leiden gehabt, er blieb sich immer und zu allen Zeiten gleich, ernst und gehalten in seinem Wesen, verbindlich in der Form und weit strenger in den Ansprüchen gegen sich als wie gegen seine Umgebung. Nie habe ich einen sorgsameren Arzt gesehen wie ihn, nie Jemanden, dessen Art und Weise am Krankenbette angenehmer und beruhigender gewirkt hätte.

Ebenso angenehm wie im dienstlichen Umgange war er im geselligen. In seinem gewöhnlichen Leben überaus anspruchslos und einfach, wusste er doch einen heiteren geselligen Verkehr zu schätzen, und zwar versammelte er Abends seine Beamten um sich.

In diesen kleinen Kreisen war er ein vortrefflicher Erzähler, ein aufmerksamer Wirth, und zudem ein feiner Kenner des Weines.

Wie manches Mal haben wir zusammengesessen in milder Sommernacht auf der Terrasse seines Gartens, über uns die alte Burg und vor uns die leicht perlende Maiweinbowle. Von unten herauf tönte leise ver-

klingend das Geräusch der sich zur Ruhe rüstenden Stadt, aus der Ferne blinkten die Lichter der gemeinsamen Vaterstadt Bonn, und um uns blühten und dufteten die Rosen, auf deren Zucht *Nasse* einen besonderen Werth legte.

Ja, der alte Berg hatte seine Romantik, die es einem anthat, trotz alledem und alledem, und noch lange nachher, als wir beide Siegburg schon längst verlassen hatten, konnten wir uns oft in jene Zeit versenken, die für ihn so manche frohe und auch so unendlich traurige Erinnerungen enthielt. Auch das ist für immer vorbei, auch *Nasse* gehört nun zu den Todten, sein Wirken aber der Geschichte unserer Wissenschaft.

Die 5 rheinischen Anstalten stehen da als ebenso viele Denkmäler seiner Thätigkeit, und mit der Entwickelung des rheinischen Irrenwesens ist sein Name ebenso unzertrennbar verbunden, als wie mit dem grossen deutschen Verein gegen die Trunksucht und so mancher anderen gemeinnützigen oder wissenschaftlichen Bestrebung. Wir aber, die er verlassen, wir verehrten in ihm den bewährten Führer, der gleich gross als Arzt wie als Mensch, und von jeher als ein Vorbild der Pflichttreue und der selbstlosen Thätigkeit erschienen ist. Wir schätzten in ihm den Mann der Wissenschaft, der es in seltenem Maasse verstanden hat, als Leiter der grössten der rheinischen Irrenanstalten ein Lehrer der akademischen Jugend, und als Universitätsprofessor ein hervorragender Anstaltsdirector zu sein.

Und endlich liebten wir in ihm den besten Kollegen, den treuesten Freund und Berather, dem nie eine Arbeit zu schwer, nie eine Mühe zu viel war, wenn es galt, dem allgemeinen Wohle oder dem Einzelnen hülfreich zur Seite zu stehen.

Das war der Mann, den wir verloren haben.

Sein Leben
Liegt faltenlos und leuchtend ausgebreitet,
Kein dunkler Flecken blieb darin zurück.
Weg ist er über Wunsch und Furcht.

Pelman.

Verein zum Austausche der Anstaltsberichte [1]).

Dem Verein ist beigetreten:

Die städtische Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.

Die Irrenanstalt Galentschine bei Riazan in Russland.

---

[1]) Vgl. Ztsch. Bd. 32, S. 80. — Bd. 33, S. 34. — Bd. 39, S. 339 u. S. 839. — Bd. 41, S. 475 u. S. 735. — Bd. 42, S. 185. — Bd. 44, S. 328. — Bd. 45, S. 490 u. S. 628. — Listen des Vereins sind bei Unterzeichnetem zu haben. *Laehr.*

Verein der deutschen Irrenärzte.

In diesem Jahre wird die Jahressitzung des Vereines am 12. und 13. Juni cr. in Jena abgehalten. Die Tages-Ordnung wird Ende April cr. an die Herren Mitglieder versendet werden. Der Vorstand.

Anzeige.

Herr Med.-Rath Dr. *Schuchardt* in Sachsenberg b. Schwerin, Meckl., hat sich bereit erklärt, wie er in den letzten Jahren Herrn *Nasse* darin unterstützte, so auch ferner den Bericht über die psychiatr. Literatur unserer Zeitschrift zu redigiren. Es wird daher gebeten, das dazu erforderl. Material ihm direct zuzusenden. Die Red.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Pelman*, San.-R. u. Director der Prov.-Irrenanstalt Grafenberg bei Düsseldorf, ist zum Director der Prov.-Irrenanstalt zu Bonn und zum Prof. ord. an der Universität daselbst,

Dr. *Rabow*, früher 2. Arzt der Irrenanstalt bei Lausanne, später pr. Arzt in Berlin, ist zum Prof. der Psychiatrie an der Universität zu Lausanne,

Dr. *Günther*, dirig. Arzt der Privatirrenanstalt Lindenhof bei Dresden, zum dirig. Arzt der Irrenabth. der Strafanstalt zu Waldheim,

Dr. *Guder*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt in Ueckermünde, zum Kreisphysikus des Kreises Wittgenstein,

Dr. *Gerlach*, 1. Assistent der Irrenanstalt in Königslutter, zum 2. Arzt derselben Anstalt,

Dr. *Nissl*, Assistent der Irrenanstalt in Blankenhain in Thüringen, zum 2. Arzt der städt. Irrenanstalt in Frankfurt a. M. ernannt worden.

Dr. *Andreas Schmidt*, Geheimrath u. Director der früheren, 1875 geschlossenen, Irrenanstalt zu Bernburg für das separirte Herzogthum Bernburg, ist am 16. März c., 78 J. alt,

Dr. *Otto Weller*, Director der Irrenanstalt St. Pirminsberg, Schweiz, an Lungenentzündung am 14. April c., 46 J. alt, gestorben.

Correcturen.

Bd. 45, p. 456, Z. 6 l. gute Abbildungen über denselben.
Z. 9 l. Wenn es überhaupt zu begrüssen ist.
Z. 15 l. Lehrbuch der beschreibenden Neurologie.

Rückblicke auf meine 33jährige Thätigkeit im Bereich des practischen Irrenwesens von Mitte 1855 bis 1888.

Von

Ober-Medicinalrath Dr. Köhler.

Die practische Thätigkeit innerhalb eines so langen und bedeutsamen Zeitraums, welcher durch plötzlich hereingebrochene Invalidität ein vorzeitiges Ziel gesetzt worden ist, lässt es als eine Pflicht der Dankbarkeit gegen den Staat, unter dessen Auspicien und Schirm gearbeitet worden ist, als eine Pflicht gegen die Fach- und Zeitgenossen, mit deren Anregung und Uebereinstimmung ein volles Menschenleben seine Thätigkeit entfaltet hat, als eine Pflicht gegen die Wissenschaft, welche gerade innerhalb dieser Frist wichtige Wandlungen erfahren hat, als eine persönliche Pflicht erscheinen, über die vollendeten und erstrebten Arbeiten Rechenschaft abzulegen.

Wenn gerade in diese 33 Jahre die bedeutsamsten Wandlungen des Irrenwesens fallen, so ist es naturgemäss, dass Verf.'s Thätigkeit in vielfachen Berührungen mit der Neugestaltung gestanden, vielleicht auch an dieser Umgestaltung mit hat arbeiten dürfen und daher genöthigt ist, in den folgenden Zeilen vielfach von sich und seinem Thun zu sprechen.

Die Wandlungen betreffen aber nicht nur die wissenschaftlichen Anschauungen über die psychischen Krankheiten, sondern auch deren Behandlung in der Richtung der Wohnungsfrage, Pflege, Bekleidung, Ernährung und Beschäftigung, und wenn ich es unternehme, im Folgenden den Standpunkt zu schildern, welcher im Irrenwesen bei meinem Eintritt in diese

wunderbare Werkstätte 1855 in Sachsen der herrschende war, so wird es sich von selbst ergeben, darauf hinzuweisen, inwieweit die Sächsischen Staatsanstalten an diesem Werk der Umgestaltung mitgearbeitet und inwiefern dieselben den Vortritt bei derselben sich errungen haben.

Damals stand das Restraint noch unerschütterlich fest; es war 1. die Camisol-Frage noch nicht in die Discussion mit hereingezogen; dasselbe war viel besser, als sein Name und sein Ruf. Als eine Art Superlativus des Camisols war damals der sogenannte Kürass in Gebrauch: ein Leder-Camisol von besonders starkem Rindleder, die Aermel in starken Fausthandschuhen von gleichem Stoff endigend, auf dem Rücken mit starken Lederriemen versehen, die durch schwere metallene Schnallen zu schliessen waren — ein wirklicher Kürass, an welchem eine Flintenkugel wohl abprallen konnte! Die Folgen dieses Zwangsmittels waren, ausser den nothwendigen Circulationsstörungen in den Brust- und Unterleibsorganen und den consecutiven Beängstigungserscheinungen: Decubitalgeschwüre an den Ellbogen und Intertrigo zwischen den Fingern. Seine Unterstützung zur Verhinderung von Gewaltthätigkeitsäusserungen war a) der Fussriemen, d. h. zwei mit einander verbundene gepolsterte Lederringe, welche an die entblössten Knöchel der Kranken angeschnallt wurden und deren Bewegungen hemmen sollten; b) die Cravatte, eine hohe, steife, innen gepolsterte Halscravatte, aus festem Leder, auf welcher das Kinn ruhte und die das Umsichbeissen und Zerstören durch die Zähne hindern sollte, c) der Zwangsstuhl, ein wunderbares, abschreckendes Gebäude aus sehr starken Brettern von Holz mit massigen Füssen, einer hohen Rücklehne mit gepolsterten Seitenbacken, einem ungepolsterten Sitzbrett, unter welches ein Gefäss geschoben werden konnte, unten ein doppelter Fussboden, dessen oberer Theil zum Durchlassen der Flüssigkeit durchlöchert war, der untere Kasten durch eine bald vorn oder hinten, bald seitlich angebrachte feste Thür zu öffnen, um den Unterschieber zu wechseln. In diesem Gebäude sassen die tobsüchtigen, gewaltthätigen Kranken mit fast unbekleidetem Unterkörper, die nackten Füsse durch Fussriemen am Boden befestigt, oben mit dem Camisol, bald aus Zwillich, bald aus Leder bestehend, bekleidet, die Ellbogen auf eine schmale tischartige Vorlage gestützt, auf welche

auch die Schüsseln mit der Nahrung gestellt werden konnten, tage- und wochenlang und wurden nur des Abends heraus genommen, um des Nachts im Bette angeschnallt zu ruhen (!), höchstens am Tage auf eine Stunde in den Garten geführt. *Schröder van der Kolk* sprach sich damals bei Gelegenheit eines Besuches für einen Zwangsstuhl seiner Construction aus, welcher die Kranken statt vertical rückwärts gelehnt, also in halbliegender Stellung, zu sitzen zwang, um die Wirkung der activen Beugemuskeln aufzuheben und dem Bewegungsdrang zu steuern. d) das Isolirzimmer mit Oberlichtfenstern, mit Holzpalisaden zum Schutz für Thür, Fenster und Ofen, halb oder ganz dunkel und wenig oder gar nicht ventilirt, e) endlich die Fenster-Vergitterung durch eiserne Stäbe in verschiedener Form und Stärke.

Die Wohnungs- und Schlafräume waren in kasernenartigen Häusercomplexen untergebracht, mit endlos langen Korridoren; die Aborte mit hölzernen Schloten versehen, die in den überdeckten Abortgruben endigten und sich durch die mephitischen Dünste allenthalben verriethen. Später wurde in den Neubauten der Frauenabtheilung das Latrinensystem mit Vortheil eingeführt, wie dies s. Z. in dieser Ztschr. geschildert worden ist.

Dementsprechend war auch die Verpflegung durch das Wartepersonal aus den niedrigsten Volksschichten: verkommene Handwerker, arbeitslose Arbeiter, früher sogar entlassene Züchtlinge, gefallene Mädchen, untaugliche Bauerndirnen u. dergl. Nach den damaligen Anschauungen war das Alles gut genug, wenn nur die gemeingefährlichen Irren unschädlich gemacht waren gegen Vergewaltigungen durch kräftige Schutzmaassregeln und robuste Zupacker! Unbeschäftigt lungerten die Kranken umher und wurden höchstens truppweise in die Gärten geführt. — Die Gewaltthätigkeitsäusserungen und der Selbstvernichtungstrieb aber verminderten sich nicht!

Als Curiosa wurden damals auf Sonnenstein aus frühern Zeiten aufbewahrt: 1) der Drehstuhl, ein enger hölzerner Lehnstuhl, welcher am Ende einer Stange befestiget war, die an einer drehbaren Axe festsass und 2) ein Drehbett, eine schmale Bettstelle mit übergebogenen Reifen, gleichfalls an einer stärkeren Stange an einer drehbaren Axe festgemacht. Auf diesen beiden Vorrichtungen wurden die tobsüchtigen oder irgend welche andre

Kategorie von Kranken gesetzt oder gelegt und befestigt (im Bett mit dem Kopf nach der Peripherie hingelagert) und so lange im Kreise gedreht, bis Erbrechen oder Beruhigung erfolgte. (Einer ähnlichen Vorrichtung hat wohl in neuerer Zeit ***Mendel*** sich bedient, um die Entwickelung der Gehirnparalyse an Hunden hervorzubringen und deren einzelne Stadien zu beobachten.) Auf welche Anschauungen über das Wesen der Psychosen lassen derartige Kurmethoden alter Zeit schliessen! Schon ***Lessing*** hatte damals derartige Maassregeln perhorrescirt und dieselben als abschreckende Curiosa aufbewahrt. Mit Ausnahme dieser letzteren Inventarien bestanden aber jene früher geschilderten Zwangsmaassregeln noch zur Zeit meines Eintritts in die Psychiatrie — nicht blos in Sachsen, sondern auch in manchen andern Ländern; statt des Camisols blecherne Behältnisse für die Hände, welche um die Handgelenke geschnallt wurden; eiserne, ungepolsterte Doppelringe für beide über einander gelegte Handgelenke, in Gheel fand ich eine melancholische Kranke bei einem „nourricier" in einem Grasgarten hinter dem Wohnhaus im Kamisol lege artis mit einem Strick an einen Baum gebunden, um den sie ihre Kreise zog; kalte Sturzbäder mit einem fingerdicken Wasserstrahl aus der Höhe; statt der Badewanne je zwei nebeneinander stehende gemauerte und auscementirte Tröge mit eingelegten Strohdeckeln zum Schutz gegen die kalten Wände; und so gab es noch Manches in den einzelnen alten Anstalten, was den neueren und humaneren Anschauungen nicht entsprach. Vor Allem war die von Dr. ***Hayner*** in Waldheim, woselbst bis dahin in Gemeinschaft mit Sträflingen Irre untergebracht waren, 1829 abgefasste Schrift über die Behandlung der Irren bahnbrechend geworden, brauchte aber noch lange Zeit bis zur Realisirung der niedergelegten Ideen. Sonnenstein war 1855 bereits zur Irren-Heilanstalt unter ***Pienitz***, einem Schüler von ***Esquirol***, eingerichtet worden und dessen directer Nachfolger als Director, ***Lessing*** mit seinem weitgehenden, diagnostisch scharfen Blick sah in dem erkrankten Hirn- und Nervensystem den Sitz und die anatomische Ursache der psychischen Erkrankungen, sowie in den hyperämischen und anämischen Zuständen desselben die Veranlassung der psychischen Reizzustände. Er wandte mit Vorliebe die Senna, das Calomel einerseits, die Chinarinde, das Chinin, die Molken andrerseits an und die Ein-

richtungen, die er geschaffen hat, lassen schon die ersten Anfänge der neueren Irrenbehandlung erkennen.

Die abschreckenden grossen Gebäude der Zwangsstühle mussten einem gewöhnlichen Lehnstuhl mit verschiebbaren Tischchen weichen, nach Art der Kinderstühle eingerichtet; und als *Jendritza* in Wien einen solchen von ihm erfundenen in den *Schmidt*'schen Jahrbüchern schilderte, war Verf. in der Lage, darauf hinzuweisen, dass ein solcher schon seit Jahren in Sonnenstein im Gebrauch sei.

Das Zwangscamisol wurde sowohl der Zahl der Patienten, als der Anwendungszeit nach auf ein Minimum beschränkt, obwohl es bei manchen zerstörungssüchtigen Kranken nie ganz entbehrt werden konnte. Die Discussion über diese Art des Restraint ist wohl noch immer nicht zu einem richtigen Abschluss gekommen, denn entweder waren die wirklichen Gegner des Restraint durch Voreingenommenheit beeinflusst, oder sie waren durch das schlaue Wartpersonal hintergangen, oder sie schrieben dem Camisol Schädlichkeiten zu, welche bei weitem in dem gedachten Umfang nicht vorhanden waren — jedenfalls haben sie ein gut gearbeitetes Camisol nicht selbst an sich probirt. Hingegen legten sie durch die supponirten Ersatzmittel zweifellos die Ueberzeugung von der Nothwendigkeit an den Tag, dass man bei gewissen erregten Irren die Actionsfähigkeit eingrenzen müsse.

Diese Ersatzmittel waren

1. vermehrtes Wartpersonal behufs unausgesetzter Ueberwachung und Verhinderung plötzlicher Gewaltthätigkeitsäusserungen. Allein, die grösste Sanftmuth und Milde vorausgesetzt, würde schon die stete Anwesenheit eines solchen Beobachters den irritirten Kranken unangenehm berühren und einen Reizzustand herbeiführen, welchen zu beeinflussen und zu calmiren die gewissenhafteste Samariterschulung nicht gewachsen sein dürfte. *Lessing* nannte den Wärterberuf einen unnatürlichen, weil der unausgesetzte Zwiespalt und Kampf zwischen geduldigem Zuschauen und Nachgeben und dem allezeit vorhanden und lebhaft sein sollenden menschlichen Fühlen und Denken zuletzt unerträglich wird — ist doch selbst Christus im Tempel in Zorn gerathen, als er den Unfug der Wechsler mit Gewalt entgegentrat und dieselben mit der Geissel hinaustrieb! Der Wärterberuf ist wie eine knapp ansitzende Jacke, die selbst

vom besten haltbarsten Stoffe, mit der Zeit morsch wird und zuletzt doch in allen Nähten platzt. Ich hatte einer Kranken, einer gebildeten alten Dame, eine Wärterin zur steten Ueberwachung gegeben wegen des lebhaften Selbstmordstriebes, eine alte, geschulte, durch ihr sanftes und geduldiges Wesen besonders bewährte Wärterin. Der Kranken, mit hallucinatorischem Wahnsinn behaftet, wurde diese gewissenhafte Begleitung, durch welche jede freie Bewegung gehemmt wurde, sehr bald unbequem, die Gehörshallucinationen wurden auf die Begleiterin übertragen, es entstand ein Uebelwollen, ein Hass, der die schlaue Kranke veranlasste, die Wärterin auf jeden Fall von sich zu entfernen; jeder Versuch zu entweichen oder sich Schaden zuzufügen wurde pflichtschuldig vereitelt, selbst durch gewaltsames Zurück- und Festhalten — da beklagte sich die Kranke über erfahrene Gewaltthätigkeiten, zeigte blaue Flecke am Arm: die Wärterin wurde entlassen. Hierüber befriedigt äusserte die Kranke, das habe sie nur bezweckt, um diese lästige Begleitung los zu werden und als ihr gesagt wurde, dass sie nun wegen ihres andauernden Krankheitszustandes eine andere Begleitung erhalten werde, entgegnete sie: „dann mache ich es ebenso und bringe es dahin, dass mich die Wärterin schlägt, dann müssen Sie dieselbe entlassen.“ — Ein andrer Kranker erklärte mit aller Seelenruhe: „Ihr mitsammt Euern Wärtern sollt es schon satt kriegen, ich peinige Euch so lange, bis Ihr mich allein gehen lasst!“ Ein älterer College sagt an irgend einer Stelle: „ich habs versucht dieses persönliche Ueberwachen auf Kosten meiner Nachtruhe und meiner Gesundheit, aber ich thue es nicht wieder! Ist unter solchen Umständen ein gut passendes Camisol nicht zweckentsprechender, milder, als die mildesten Wärterhände, die mit sanftlächelndem Munde blaue Flecke drücken?!

2. Der sogenannte „Göttinger Anzug“ d. h. ein einziges Kleidungsstück für den ganzen Körper aus starkem Zwillicht für beide Geschlechter. Derselbe besteht aus einem weiten Beinkleid ohne Taschen mit einem weiten Schlitz zwischen den Beinen, einem Brustlatz mit Aermeln, welcher am Rückentheil, wie auch das Beinkleid durch Knöpfe, Schnallen oder Schnürsenkel zu schliessen ist nach Art der Kinderanzüge. Abgesehen von der Unschönheit eines solchen Kleidungsstücks, welches anzulegen sich die Kranken

sträuben, schützt dasselbe weder vor Gewaltthätigkeiten und wird daher meist zuerst das Opfer der Zerstörungssucht, noch vor Verunreinigungen und kann, da es als Surrogat für das Camisol gilt, leicht zu einem infectiösen Krankheitserreger werden, wenn es nicht regelmässig nach dem vorübergehenden Gebrauch gründlich gereinigt und desinficirt wird. Ausserdem ist es viel kostspieliger, als das Camisol, und mit der Steigerung der Festigkeit, d. h. Unzerreisslichkeit des Stoffes (welche von zerstörungssüchtigen Kranken stets überwunden wird) nimmt dieser Anzug an Unkleidsamkeit und Unbequemlichkeit zu.

3. Die gänzliche Entziehung der Kleidung. Die Kranken werden vollständig nackt in einer Zelle mit Seegras, Stroh u. dgl. eingeschlossen. In dieses Gewirr verkriechen sich die Kranken, lassen ihren Unrath gehen und schlafen auch während der Nacht in solcher Abgeschlossenheit. Der Billigkeit und ausserordentlichen Bequemlichkeit (für das Wartepersonal!) steht der widerliche Eindruck einer solchen Einrichtung, die Gefahr für Gesundheit und Leben entgegen, und es wird keineswegs die Sorgsamkeit des Pflegpersonals erhöht, jeder Rest von Züchtigkeit ertödtet, wenn man bedenkt, dass das in der Thür befindliche Beobachtungs-Fensterchen dem Wärterpersonal und den Fremden freien Einblick gewährt. Der Unrath soll täglich entfernt werden; allein die Flüssigkeit und der Geruch bleibt drinnen und wenn ein Epileptiker oder Paralytiker von einem epileptischen oder epileptoiden Anfall heimgesucht wird — wie leicht ist er durch Hineinwühlen in das Seegras der Erstickungsgefahr ausgesetzt! Und wo bleibt die Bewegung an frischer Luft, der Umgang mit Menschen? Bei Verbrechern würde eine derartige Isolirhaft von allen Seiten verworfen werden — bei Verstandslosen, Irren, aber wird sie als „billig und zweckmässig" begrüsst! Hingegen gestattet das Camisol die unbeschränkte Bewegung in freier Luft, den Umgang mit Andern und selbst Ausflüge in die Umgebung der Anstalt. Man ist in Sachsen bemüht gewesen, die erregten Kranken zu calmiren, den Ueberschuss an Bewegungsdrang in eine nützliche Thätigkeit einzudämmen, auf Spaziergängen, durch Musik oder andere Belustigungen abzulenken und überhaupt die Irren als Kranke zu behandeln.

4. Als Ersatzmittel für das Camisol ist auch die Darreichung

von Medikamenten (Chloral, Morphium etc.) anzuführen, welche den Zweck haben, aufgeregte Kranke zu beruhigen und hierdurch die erste Pflege zu erleichtern. Das kann unmöglich der rechte Weg zu Besserung oder Genesung von der schweren Gehirnkrankheit sein, da man die Folgen derartiger „Beruhigungsmittel" für das kranke Gehirn nicht in der Hand hat. Was ist der Zweck solcher Gewaltmittel? — Verhinderung von gewaltthätigen Ausschreitungen, Lärmsucht, Vernichtungstrieb gegen sich oder Andere, gegen Personen und Sachen; welches aber sind die Folgen? Lähmung der Gehirnfunctionen, Herbeiführung von fortgesetzter Unbesinnlichkeit und eines rascheren Ausganges in Unheilbarkeit, Verblödung und Paralysen! In vielen Krankheitszuständen ist freilich ein solcher trauriger Ausgang nicht zu vermeiden; kann es deshalb gebilligt werden, eine vorzeitige Beschleunigung willkürlich herbeizuführen?

Freilich erfordert das Camisol in seiner Anwendung eine unausgesetzte Controle und Ueberwachung des Pflegepersonals — eine fatale Unbequemlichkeit für denjenigen Arzt, welcher seine Aufmerksamkeit und Thätigkeit der Anstalt nicht voll und ganz zu widmen geneigt ist. Das Letztere aber ist eine erste Bedingung jedes Psychiaters, und wer seine Zeit und Kraft nicht ganz der Anstalt zu widmen vermag (durch die Anstellung ist dieselbe ja vom Staate erkauft), der bleibe von dem allerdings aufreibenden Berufe der Psychiatrie fern. Darf doch auch der Kassenbeamte keine fremden Kassengeschäfte treiben! Das sind Ideen, welche *Lessing* in seiner mehr als 40jährigen Anstaltspraxis vielfach ausgesprochen und durch eignes Beispiel durchgeführt hat: Zum Segen des Anstaltslebens und der psychiatrischen Schulung.

5. Als Beruhigungsmittel sollte auch dienen die Dunkelzelle mit ihrem verderblichen Abschluss von Luft und Licht.

6. Das blaue Zimmer mit seinem eingebildeten Lichteffect auf die Erregtheit, während die rothe Farbe die Melancholiker heilen sollte! Die übrigen Farben sollten wahrscheinlich zur Heilung der übrigen Krankheitsformen (Mischfarben den Mischformen!) dienen. Difücile est, satiram non scribere! *Lessing* hatte aber bereits einen bedeutsamen Schritt weiter vorwärts gethan. Zur Beruhigung und curativen Beeinflussung der Kranken theils auf somatischem, theils auf psychischem Wege diente ihm

die Beschäftigung und der individualisirende Umgang, oder auch der psychische Einfluss; bei beiden ging er aber stets selbst voran und legte den Hauptwerth darauf, dass der Arzt als solcher mit den Kranken arbeitete und lebte.

A. Die Beschäftigung bestand schon 1855 in

1. landwirthschaftlichen Arbeiten. Die zur Anstalt gehörigen Felder, durch Ankauf vermehrt, wurden durch Spatenkultur bearbeitet; in dem umfänglichen Anstaltsgarten arbeiteten alle Klassen der Pfleglinge mit dem Spaten, der Director mit dem Assistenzarzt voran. Es machte auf manchen Besucher einen sonderbaren Eindruck, wenn der hochgewachsene Mann im Frack, weissen Cylinder und Handschuhen an der Spitze der Kolonne von Pensionären und Kranken der ersten Klasse den Spaten regierte, wenn er seinen Assistenten zum Gras- und Kleehauen anlernte, wenn er practische Anweisung gab, wie die oberste Humusschicht von einem Hügel abgetragen, der darunter liegende Kies gewonnen und aus der steinigen Grube fruchtbares Feld durch Planiren bereitet wurde; wenn er den Aufseher lehrte, wie die Arbeiter-Kolonne am zweckmässigsten angestellt werden müsse beim Legen, Anhacken und Ernten der Kartoffelzeilen: Das spornte zur Thätigkeit an, das unterstützte die Autorität, das söhnte die Kranken mit ihrer Lage aus, das schaffte Vertrauen zum Arzt, zur Anstalt und gewann das verlorene Selbstvertrauen wieder; und wenn in der Sommerhitze ein frischer Trunk Bier gereicht wurde, wenn ein vorübergehender Bretzeljunge seine Waare unter die Arbeiter vertheilen musste, dann ging die Arbeit noch einmal so lustig fort! Eine grössere oder geringere Anzahl von Kranken III. Kl. wurde unter der Obhut einiger Wärter an begüterte Bauern der Umgegend, an Gartenbesitzer der Stadt vermiethet gegen ein geringes Aequivalent — aber nur an Solche, welche mit den Kranken gut umzugehen verstanden. Der geringe Verdienst wurde unter das Wartepersonal und die Verpflegten gewissenhaft vertheilt, für letztere zur Verwendung von Extragenüssen und sie waren glücklich, wenn sie in der Ernte einmal „Bauernkost“: Schwarzfleisch mit Klössen oder Buttermilch oder Dünnbier erhalten hatten. Diese Arbeiten in der freien Luft ausserhalb der Anstaltsmauern beruhigte die Erregten, spornte die Willenlosen, die Stumpfsinnigen zu frischer Thätigkeit an und blieb nicht ohne segensreichen Ein-

fluss auf die Rückbildung des Krankheitszustandes. Lag hierin nicht schon die coloniale Idee zu Grunde?

In gleicher Weise bestand die Beschäftigung

2. in Anstaltsarbeiten.

Es gab in der Anstalt selbst Werkstätten für Schneider, Schuhmacher; die Maurer betheiligten sich an Ausbesserungen, am Stubenweissen, im Winter beim Ofenkehren; die Zimmerleute, Tischler, Glaser oder Stellmacher fanden Beschäftigung in der Schirrkammer, und alle wurden Sonnabends mit einem, höchstens zwei Groschen baar Lohn oder mit Schnupf- oder Rauchtabak belohnt. Auf dem Holzhof ward das Holz zerkleinert, im Kohlenschuppen die Kohlen geschichtet, im Winter ausgetragen.

Für die weiblichen Kranken war vor Allem

3. Das Waschhaus eine vorzügliche Beschäftigungsstätte.

In dieser allbekannten Heimstätte des Perorirens verhallen alle irritativen Expectorationen, alle überschwänglichen und maasslosen Exclamationen, und findet auch die Neigung zu zornmüthigen Gewaltthätigkeitsäusserungen volle Gelegenheit sich gehen zu lassen; „sie waschen ihre Tobsucht aus“ sagte *Lessing* und, wenn auch einmal über dem Wannenrand ein Kampf mit nassen, spritzenden und klatschenden Laken sich entspann, — er brachte keinen Schaden, und es floss statt des Blutes nur Seifenwasser. Für ruhigere Kranke war 4. das Zuputzen von Gemüse oder Obst für die Küche eine passende Beschäftigung und wurde das Auslesen von trockenen Gemüsen, das Kartoffelschälen mit ebenso grosser Sorgfalt, als das Auskernen von Pflaumen, das Schneiden von Möhren und andern beliebten Gemüsearten mit Geschmack ausgeführt. 5. Das Ausbessern von Wäsche, Plätten, Stricken, Häkeln und Nähen.

B. Der psychische Einfluss oder individualisirende Umgang

1. das Turnen bildete gewissermaassen das Mittelglied zwischen A. und B. und wurde damals ganz systematisch betrieben, bis in die neueste Zeit. Seit mehr als 40 Jahren wirkt noch jetzt ein besonderer Turnlehrer an der Anstalt Sonnenstein, welcher unter der ärztlichen Anleitung den günstigsten Einfluss auf die ihm übergebenen Kranken selbst der besten Stände ausgeübt hat: Marschübungen mit Gesang, Frei- und Gerätübungen, hin und wieder

das schwedische Turnen wurden mit Nutzen angewendet und ein frischer, fröhlicher Geist herbeigeführt; freiere Bewegungen, Ablenkung von den Wahnideen erzielt, die Muthlosen gekräftigt und zu nützlicher Thätigkeit angespornt und die Liebe zu dem gewohnten, durch die Krankheit unterbrochenen Beruf neu angefacht — kurz die Rückkehr zu der früheren Persönlichkeit mit ihren Rechten und Pflichten — zur Genesung angebahnt.

2. Der Unterricht. Es wurde ein Katechet angestellt, welcher den jüngeren oder zurückgebliebenen Patienten systematischen Unterricht im Schreiben, Lesen, Rechnen und in der Religion ertheilte, den Gebildeten Vorlesungen über Geschichte, Ethik, Literatur etc. hielt; der einen kleinen Gesangverein unter den Pfleglingen gründete, täglich ein allgemeines Morgengebet abhielt und des Sonntags unter Betheiligung des Directors und Hilfsarztes das Evangelium und die Epistel aus dem Griechischen ins Lateinische übersetzte. Das Letztere bildete den angenehmsten und anregendsten Theil der Morgenvisite, und die Betheiligten konnten wohlvorbereitet dem allsonntäglichen Gottesdienst beiwohnen.

Die häufigen Spaziergänge in die Umgegend unter Anführung des Arztes, Turnlehrers oder Katecheten gaben Anlass zu eingehenden Unterhaltungen, fröhlichen Spielen bei einfachen Genüssen; Festlichkeiten, Bälle oder Concerte gestalteten sich in dem harmlosen Verkehr unter einander zu angemessenen Lustbarkeiten, und wenn auf der vielbesuchten Kegelbahn in der Anstalt der Director seine Börse zog, um ein Glas Bier oder Cigarren herbeizuschaffen, dann wurde die allgemeine Stimmung gehoben und der Wettkampf ein um so lebhafterer. Ueberall war Ordnung, Ruhe, Anständigkeit und Fröhlichkeit — nirgends Zwang, Beengung, Schüchternheit, aber auch keine Ausschreitungen.

Durch den psychischen Einfluss wurden die Kranken abgelenkt, moralisch und ethisch gekräftigt, mit ihrem Geschick ausgesöhnt und dem Leben allmählich wieder zugeführt.

Um aber Solches zu erreichen, war es nöthig, dass die einzelnen Kranken nach ihrer früheren Lebensstellung, ihrem Bildungsgrade, ihren beruflichen Anschauungen, ihren krankhaften Neigungen oder Abneigungen, ihren Lieblingsideen und Aeusse-

rungen, dass der ganze innere und äussere Mensch, das ganze Individuum sorgfältig berücksichtigt werden — eine so weitgehende Aufgabe kann nur dem Arzte zufallen. Darum ist es auch naturgemäss, dass der oberste Leiter einer Irrenanstalt ein Psychiater im wahren Sinne d. h. mit grosser Herzensbildung, Opferfreudigkeit, Selbstverleugnung und Wohlwollen ausgestattet sein muss, welcher in und mit den Kranken lebt, welchem die oft dunklen Geheimnisse der Familie und des Vorlebens anvertraut werden können, welcher zu jeder Beschäftigung mit und im Interesse seiner Kranken sich herbeilässt und dieselben nicht dem Aufsichts- oder Wartepersonal allein überlässt.

Ein solcher Arzt und psychiatrischer Lehrer war damals schon *Lessing*, und nach solchen Anschauungen wurde die Anstalt Sonnenstein geleitet: es war also das No-Restraint, wie es *Griesinger* später nach seinen in Württemberg gewonnenen Anschauungen veröffentlicht hat, schon in Sachsen practisch eingeführt.

So hatte sich die Irrenpflege allmählich entwickelt, als ich 1864 im Herbst nach Hubertusburg als zweiter Arzt versetzt wurde. Dort waren die Anstaltsverhältnisse durch die Anwesenheit der Strafanstalten (damals Arbeitshaus für weibliche Sträflinge, später weibliche Correctionärinen und dann Landesgefangene beiderlei Geschlechts) sowie durch die verschiedenartigsten Pfleglinge sehr complicirt; auch mochte es nöthig gewesen sein, die Direction in das ärztliche Regim und die Verwaltung zu scheiden. Allein ein erspriessliches Hand in Hand gehen der beiden coordinirten Directoren war bei aller Nachgiebigkeit, gegenseitiger Rücksichtnahme und Lebensklugheit um deswillen nicht gut möglich, weil mit Rücksicht auf den verschiedenen Charakter der Anstaltsabtheilungen allenthalben die ärztlichen Fragen in die Verwaltung, (Polizei, Bekleidung, Beköstigung, Bau- und Inventarienbereich) mit hineinragten. Competenz-Discussionen blieben nicht aus, wie an andern auswärtigen Anstalten auch zum Theil noch jetzt der Fall ist zum Schaden der ganzen Disciplin und des Ansehens der einzelnen dirigirenden Persönlichkeiten, deren jede die erste Stimme zu haben meinte. Was war natürlicher, als dass die Beamten mit ihren Anliegen sich an denjenigen Director anlehnten, welcher am wirksamsten sie vertreten konnte. Die Beamten der Krankenanstalten hielten zum ärztlichen Director, die der übrigen Ab-

theilungen zum Verwaltungsdirector, und auch unter den Beamten machte sich ein Zwiespalt aus Interessenpolitik geltend — die Folge war ein allmählicher Nachlass der Disciplin und eine Verkümmerung der einheitlichen Bestrebungen, weil die Verständigung fehlte, höchstens, dass im entscheidenden Moment der Arzt sein Veto einlegte: zum grossen Verdruss der Gegenpartei. Trotzdem litt aber die Irren- und Krankenpflege keine Noth. Allenthalben blickten die humanen Bestrebungen hindurch. Die peinliche Sauberkeit und Ordnung zeichnete die Schlaf- und Wohnräume aus; die Beschäftigungen im Zimmer, im Garten und Feld, in dem Zuputzraum wurden in wohlthuender Weise geregelt, zumal seit auch für die irren Frauen eine Meierei gegründet war; endlich wurde auch den Idioten in der Kinderstation, welche bis dahin nur wenig Beachtung gefunden hatten, eine grössere Aufmerksamkeit zugewendet. Nach der Entfernung der Strafgefangenen wurden angemessene Räumlichkeiten für die Kinderstation geschaffen, denselben ein besonderer Garten eingeräumt, das Turnen (Freiübungen) zur Kräftigung und Regulirung der Bewegungen eingeführt etc.

In gleicher Weise wurde die Beamten-Feuerwehr gegründet, bei welcher sich damals die Aerzte und Geistlichen sehr lebhaft betheiligten; es wurde für ausreichende Wasserbeschaffung durch den Bau einer neuen Wasserleitung mit Anlegung von Hydranten im ganzen Anstaltsbereich gesorgt und den einzelnen Beamten durch die Munificenz der Königl. Staatsregierung ausreichende Gelegenheit geboten, sich über die Einrichtungen in den Anstalten anderer Länder zu informiren. Es war ein naturgemässes Aequivalent, dass die betreffenden Beamten einen Reisebericht zu liefern hatten, wodurch dieselben genöthigt waren, den Zweck der Reise ernster ins Auge zu fassen, sich selbst über die gemachten Wahrnehmungen zu klären und über anderwärts erprobte und bewährte Erfahrungen Rechenschaft zu geben. Auf diese Weise wurden die Sächsischen Anstaltseinrichtungen auch anderwärts bekannt und zu einem Zielpunkt von wissenschaftlichen Commissionen, welche Manches, namentlich die Einrichtung der landwirthschaftlichen Irrenpflege, der Idiotenanstalten und der freien Behandlung der Irren ins Auge fassten und für nachahmungswerth hielten. Die „Reiseskizzen über Gheel“ vom Vf. in Belgien, welche in der

allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie erschienen, beleuchteten ebensowohl die Vortheile der freien Behandlung im Allgemeinen, als die nicht nachahmungswerthen Erfahrungen in der familiären Behandlung seitens der „nourricier's“ in den unwirthlichen Gegenden und bei der ungenügenden Ueberwachung, welche als nothwendige Folge allzugrosser Flächenausdehnung hervorging. Was über 1000 Jahre gebraucht hat, sich in das Leben einer ganzen Völkerschaft einzunisten, kann unmöglich der directen Nachahmung empfohlen werden. — Die Erziehungsanstalt für bildungsfähige Blödsinnige nahm in dem Maasse an Umfang und Leistungsfähigkeit zu, als das deutsche Idiotenwesen durch die dreijährigen Conferenzen der Wander-Versammlungen sich in seinen Anschauungen klärte, in seinen Bestrebungen zielsicherer wurde und immer mehr zu der Ueberzeugung gelangte, dass die Fürsorge, Pflege, Erziehung und der Unterricht nur unter speciell psychiatrischer Leitung gedeihlich und sachgemäss fortschreiten könne. Durch die Leiter der Erziehungsanstalt wurde das innere Leben zu einem wohlthuenden Familienleben umgestaltet, ein Modus der Ueberwachung und Unterstützung der aus der Anstalt Entlassenen geschaffen und eine sehr gedeihliche Unterstützungskasse zu diesem Zwecke ins Leben gerufen.

Während dieser Periode wurden auch die Polsterzellen entfernt, eine Einrichtung der Isolirzellen im Irren-Versorghaus für aufgeregte Kranke, welche sich keinesweges bewährt hatte und die Gefahr der Infection in sich schloss. Ebenso wurden die Dejectionskübel mit Wasserverschluss versehen, eine durchaus practische Maassnahme, welche rasch Verbreitung und Nachahmung im Auslande fand. Durch die psychiatrischen Besuche, welche durch Reisebeihülfen wesentlich gefördert wurden, durch Besuche des Auslandes einerseits und durch die literarischen Veröffentlichungen andrerseits, kamen die Sächsischen Einrichtungen immermehr zur allgemeinen Kenntniss und Anerkennung.

Nach dem Abgang des Directors wurde mir gegen Ende 1879 zunächst interimistisch und vertretungsweise die Direction von Colditz und vom 1. Mai 1880 definitiv übertragen. Es war damals ein eignes Leben und Treiben in der Anstalt, das einer gänzlichen Umgestaltung dringend bedurfte. Der Umstand, dass

bei Erkrankungen auf der Meierei Zschadrass[1]), zumal wenn solche plötzlich eintraten, die Kranken nur sehr schwierig und unsachgemäss in die Anstalt transportirt werden mussten, machte die Beschaffung einer fahrbaren Krankentrage sehr nöthig und es erwies sich dieselbe bei aller Billigkeit practisch.

Die Feuerwehr unter den Beamten wurde neu organisirt und für das vortreffliche Spritzenmaterial ein besonderer Schuppen erbaut anstatt des modrigen, luft- und lichtlosen Bretterschuppens inmitten der aufgespeicherten Brennholzvorräthe, durch welche das Löschmaterial selbst gefährdet war. Auch musste eine exactere Verbindung zwischen der Hauptanstalt und der Meierei hergestellt werden, als die zeitherige durch einen Wärter, welcher bei besonderen Vorkommnissen in der Anstalt oder in der Meierei, bei Besuchen u. s. w. den zeitraubenden Weg zu durchlaufen hatte: es wurde eine Telephonleitung zwischen der Meiereiexpedition und der Directorialexpedition eingerichtet; auch wurde die Einrichtung getroffen, dass der Director vermittelst einer Leitungsschnur auch des Nachts geweckt und von etwaigen Vorkommnissen an der Endstation informirt werden konnte. Diese Einrichtung hat sich sehr bewährt und ist für entfernte Stationen sehr empfehlenswerth, sobald es sich die Beamten selbst angelegen sein lassen, die Anwendung auszuüben. Es wurde ein neues, zweckentsprechendes, mit Wasserleitung und Oberlicht versehenes Sectionshaus mit Parentationshalle in würdiger Ausstattung erbaut. Hier konnten auch bei ungünstiger Witterung die Einsegnung, die Aufbahrung der Leichen, die Grabgesänge und Reden ungestört abgehalten und die Verstorbenen auf kürzestem Wege zur Ruhe gebracht werden. Die bestehende Wasserleitung mit ihrem erheblichen Hochdruck wurde dazu verwendet, in den hochliegenden Gebäuden, in welchen im obersten Theile der Vergnügungssaal mit dem Theater sich befand, um das Theater mit einem kräftigen Wasserstrahl für den Nothfall zu versehen; auch wurden allenthalben Ventilationseinrichtungen angebracht und die Sacristei heizbar gemacht. Es wurde aus alten, unbrauchbaren Brettüberresten mit Asche, Laub und Stroh umgeben ein

[1]) Deren Begründung *Voppel*'s unbestreitbares, leider nicht ausreichend gewürdigtes Verdienst ist.

Eisschuppen erbaut, der etwa 12 cbm Eis enthielt, ein Gesangsquartett unter den Beamten gegründet und für das Wohlbefinden der Kranken in hygienischer und pfleglicher Hinsicht allenthalben gesorgt. Ganz besonders ist hierher die Revision und vollständige Umgestaltung des Speiseregulativs zu rechnen, welche die Neugestaltung der Kostverhältnisse sämmtlicher Landesanstalten zur Folge hatte. Das immer lebhafter an den Tag tretende Interesse aller Beamten an dem Ruf, dem Gedeihen der Anstalt und an dem Wohl der Pfleglinge erhöhte die Freude am Beruf, an den Anstaltsfestlichkeiten; jeder wirkte nach seinen Kräften an dem gemeinsamen Werke, der Missmuth der Kranken über ihren unfreiwilligen Aufenthalt wich unter dem zielbewussten Streben der Beamten, Berufstreue und freudige Pflichterfüllung durchwehte als ein frischer Odem der Humanität das ganze Anstaltsleben und es würde auch der letzte Punkt in dem Programm der Umgestaltung erledigt worden sein, wenn nicht ein neuer Mahnruf zu neuer, anstrengender Thätigkeit in Hubertusburg an mich herangetreten wäre.

Die schlaff gewordene Feuerwehr wurde hier frisch angeregt. Letztere hatte ganz besonders dadurch gelitten, dass sie

1. die Führung bei Bränden im Dorfe Wermsdorf eingebüsst hatte entgegen den ursprünglichen contractlichen Bestimmungen, nach welchen die Dorfbewohner sich unterordnen mussten,

2. dass die Freiwilligkeit allzusehr in den Vordergrund trat; in Folge dessen hatten sich manche Beamte, welche in den Jahren vorgeschritten waren, von der Betheiligung zurückgezogen.

Zwischen der Anstalt und Meierei bestand zwar eine telephonische Verbindung, allein dieselbe war mangelhaft und zu complicirt in ihrer Anlage, daher nicht zu allen Zeiten leistungsfähig. Das Schloss und die entfernt liegende Wirthschaftsverwaltung war ausser aller Verbindung mit der Directorialexpedition und musste, wie in Colditz, durch besondere Boten in gegenseitigem Rapport erhalten werden. Die für eine Krankenanstalt nothwendige Eisbeschaffung hing von dem guten Willen eines Lieferanten ab — ohne feste contractliche Bestimmung.

Deshalb wurde die alte Telephonleitung nach Reckwitz verbessert und scharf controlirt, eine neue nach der Kasse, der Wirthschaft und dem Schlosse angelegt und an einem unbenutzten

Winkel ein Eisschuppen angelegt, welcher sich vielfach sehr bewährt hat.

Die Bewohner der Kinderstation, die Idioten, wurden zu nützlichen Beschäftigungen herangezogen; die Knaben zum Schutt-, Schnee-, Sand-, Erdefahren, die Mädchen zum Auslesen von Hülsenfrüchten, so weit der Rest von Fassungskraft und Willen dazu ausreichte — erzwingen lässt sich bei verstandeslosen Geschöpfen Nichts, und wer etwa verlangen sollte, dass Alle zur Beschäftigung herangezogen werden sollen, dem geht alle Einsicht in dieses Gebiet des geistigen Dunkels ab, den müsste man der Lieblosigkeit zeihen! Gehört doch selbst bei den sogenannten geistig intacten Epileptikern eine wohlwollende Taktik, die das Individuum für sich zu nehmen hat, dazu, dieselben für manche Beschäftigungen zu gewinnen — denn alle Epilektiker sind mehr oder weniger geistig erkrankt, ein naturgemässer Folgezustand des gereizten Gehirns mit seinen Functionen. Jede andre Beurtheilung würde eine Versündigung an dem Krankheitszustande involviren und zu den bedenklichsten Consequenzen führen! Die Epilepsie ist eine Gehirn- und Nervenkrankheit und kann und darf nur dem Urtheil und der Behandlung eines Nervenarztes untersteben. Sie ist nicht unheilbar, auch wenn nur bisher wenige Procente geheilt worden sind — was ist früher nicht für unheilbar erklärt worden, über dessen Heilbarkeit gegenwärtig kein Zweifel mehr besteht! Freilich ist es bequem, diese Unglücklichen einfach für unheilbar zu erklären, (ohne zu bedenken, dass deren Reden und Handlungen des impulsiven Affectes alsdann dem Strafrichter anheimfallen würden) sie in Asylen für Lebenszeit unterzubringen, wo ihre Kräfte nutzbar gemacht, wo sie gepflegt und gekleidet werden — das ist nicht die rechte Fürsorge, welche auch die Aufgabe hat, Besserung und Heilung zu erzielen so gut, wie in den Irren-Pfleganstalten! Würden hier die Aerzte die Hände müssig in den Schooss legen, ihre Pflegebefohlenen als caput mortuum bei Seite schieben, dann würden sie ihre Christenpflicht verabsäumen und eine Unterlassungssünde begehen: je mehr Hinfälligkeit und geistiger Defect — desto mehr Pflege und Fürsorge! Was bliebe alsdann für die Idioten übrig zu thun? Bei denen jeder noch so kleine Rest geistiger Regsamkeit sorgsam aufgesucht und gepflegt werden soll zur möglichen Anfachung des

geistigen Funkens, das erfordert Geduld, Selbstverleugnung und Mühe! Das ist auch eine Theilaufgabe der inneren Mission für Aerzte, denn es ist eine irrthümliche Voraussetzung, dass der berufene Irrenarzt des christlichen Sinnes entbehre und entbehren könne. —

Unter solchen Anschauungen und ruhigem, systematischen Walten vollzog sich auch in Hubertusburg eine allmähliche Wandlung in dem ganzen Beamtenthum, das erst zu einem gemeinsamen, zielgerechten Streben und Handeln herangezogen wurde.

In allen diesen Wandlungen und wohldurchdachten Zukunftsplänen wurde mir durch meine plötzliche Erkrankung ein Halt geboten, und doch blieb in mir das Bestreben lebendig dem Staate noch ferner nützen zu können und der Behörde nachträglich noch Rechenschaft abzulegen über das, was ich gethan und gewollt hatte — weit entfernt davon, mich dessen etwa rühmen zu wollen. War doch mein Gesichts- und Wirkungskreis einzig auf Verbesserung des Anstaltswesens gerichtet. Tempora mutantur et nos mutamur in illis!

Noch sei es mir gestattet, einer Erwähnung der Vergnügungen zu thun, welche den einzelnen Anstaltsabtheilungen geboten werden konnten und geboten wurden nach Maassgabe der vorhandenen Mittel.

1) Das Irrenversorghaus hatte nach alter Gepflogenheit 3 Tanzvergnügungen, denn die Tanzlust war bei weitem höher im Werth bei den weiblichen Verpflegten, als die Tanzkunst, und wenn hierzu die Beamten als altera pars eingeladen oder besser befohlen waren, so wurde dies manchmal als eine harte Dienstpflicht angesehen, die im Schweisse des Angesichts ausgeführt wurde natürlich unter Vortritt des Directors; es fanden diese Tanzvergnügungen statt: zu Fastnacht (unter Vertheilung von Brezeln), zum Erntefest, bei welchem hauptsächlich die „Gutsleute“ als Ersatz für die geleisteten Arbeiten auf der Meierei berücksichtigt waren, die mit Musik abgeholt wurden und unter Anschluss der übrigen salonmässigen Versorgten III. Classe im Garten eine Riesenpolonaise aufführten. Ein Gartenfest mit Vogelschiessen, Topfschlagen und andern Belustigungen wie Würfelbuden, Verlosungen kleiner Geschenke folgte hierauf und nach Bekränzung der Vogelkönigin mit einem mächtigen Tannenkranz zogen die jubelnden Festgenossen in den

Vergnügungssaal um dort der Terpsychore ihre Schweissopfer zu bringen; endlich bot der Kirmessball eine neue Gelegenheit zur Ergötzung.

Auch für die I. und II. Classe wurde ein Gartenfest in Form eines Gartenconcertes unter obligater Kuchen- und Kaffeespende im Sommer arangirt. Die Weihnachtsbescheerung in den einzelnen Versorghäusern gestaltete sich zu einem ersehnten Familienfest, bei welchem die eingegangenen Briefe aus der Heimath zur Vertheilung kamen; die freundlichen Lichterbäume überstrahlten die fröhlichen Gesichter und riefen manche Erinnerung wach an frühere Zeiten in der eigenen Familie — ein oft wohlthuender Einfluss auf empfängliche Gemüther.

2) Die Erziehungsanstalt für Schwachsinnige hielt in der Regel ein Sommerfest im Garten ab mit allerlei Spielen, sowie eine Weihnachtsbescheerung von „Anschauungsmitteln" der mannichfaltigsten Art, unter denen musikalische und unmusikalische Gegenstände die Hauptrolle spielten: Pfeifen, Trommeln, Pauken, Schellengeläute, Harmonika's und Leierkasten wetteiferten in den angefüllten Stuben im bunten Durcheinander im stärksten Fortissimo — des Blödsinns Lust ist laut, doch nimmer immer schön!

3) Die Kinderstation mit dem Landeskrankenhaus war gleichfalls mit einem Sommerfest bedacht, welches durch einen festlichen Umzug in den Anstaltshöfen eingeleitet wurde. Die Knaben hatten Fähnchen, die Mädchen Kränze, und es war rührend, die stolze Freude auf den blöden Gesichtern zu lesen, die in endlosem Hochrufen durch die Anstalt zogen, zu sehen, mit welcher gehobenen Stimmung selbst die Verkrüppelten und Lahmen nach dem Takt der Musik zu marschiren suchten und die ganz Gelähmten in Fahrstühlen dem Zuge nachgefahren wurden. Auf dem Festplan entwickelte sich ein munteres Leben, eine tolle Lust bei dem gebotenen Dünnbier, der Limonade, dem Kuchengenuss, den Kinderspielen, unter denen die Kletterstange mit den Knackwürstchen, der Wettlauf, die Würfelbude, das Ballspiel eine Hauptrolle spielte: Genuss über Genuss und in der folgenden Nacht und beim Lever Verdruss über Verdruss — aber es war ein Fest, von dem lange vor- und nachher gesprochen wurde. Aehnlich lebhaft und freudvoll gestaltete sich auch die Weihnachtsbescheerung in diesen beiden Abtheilungen; bei den meisten waren die Geschenke selbst

nur Nebensache; vor Allem wurden die Pfefferkuchen, Aepfel und Nüsse einer eingehenden Prüfung unterworfen, aber die helle Freude, das lebhafteste Aufjauchzen herrschten in den festlichen Räumen, so dass einmal selbst ein inhaftirter Socialdemokrat, dem die erbetene Erlaubniss zum Beiwohnen der Bescheerung gegeben worden war, in helle Thränen ausbrach — der innere, bessere Mensch hatte den schroffsten Parteigeist überwunden!

4) Die epileptische Abtheilung war mit einem Sommerfest und einer Weihnachtsbescheerung bedacht. Die Empfänglichkeit nnd Sensibilität dieser Krankenabtheilung erleichtert das Arrangement eines solchen Festes sehr, wenn der Veranstalter selbst sich mit Lust nnd Liebe dazu hingiebt und selbst ein fröhliches Gemüth dazu mitbringt.

5) Das Siechhaus[1]) erhielt alljährlich zu Weihnachten von einer edlen Geberin eine kleine Summe, die sonst in baarem Gelde zur Vertheilung gelangte. Dafür wurden später kleine, der Person angepasste Geschenke angekauft und unter Christbäumen vertheilt: grosse Freude, grosse Dankbarkeit herrschte, „nun haben wir doch auch Weihnachten“ hiess es.

6) Das Pfleghaus (II. Abth. des Landeshospitals). Auch für diese Abtheilung ging alljährlich eine kleine Summe aus Privathänden ein zur Weihnachtsbescheerung, die in gleicher Weise in kleine Gaben umgesetzt wurde. Die Pfleglinge hatten von ihrem monatlichen Taschengelde etwas erspart und dafür sich Tannenbäume und Lichter gekauft. Mit ihren verkrüppelten Händen bereiteten sie allerlei Schmuck für die Bäume aus Papier und Goldflittern und am heiligen Christabend wurden die kleinen Geschenke vertheilt. Freudiger Dank allenthalben und festliche Stimmung lange Zeit hindurch! Der alljährlich wiederkehrende Besuch Ihrer Majestät der Königin in einzelnen Anstaltsabtheilungen brachte eine allgemeine Festfreude hervor, zumal, wenn Dieselbe eine Anzahl Geschenke für die Hinfälligsten des Siech-Pfleg- oder Landeskrankenhauses bestimmt hatte. Diese Gaben erschienen auf dem Weihnachtstisch wieder, und glücklich der, den eine solche „Königsgabe“ traf.

Am Schluss dieser Rückblicke sei es mir noch gestattet, die

[1]) Asyl für Ekelerregende und ansteckende Kranke.

hauptsächlichsten Erlebnisse anzuführen, welche, soweit sie meine Person anlangen, sich während der in Rede stehenden Zeit in den einzelnen Anstalten ereignet haben.

In Sonnenstein. Bei einer Morgenvisite begleitete ich mit dem Stationsaufseher den Director in ein Zimmer für Kranke I. Classe. Es war nur ein Kranker, ein ehemaliger Landwirth, nebst seinem Wärter zugegen. Der Kranke litt an Stupor mit maniakalischen Ausbrüchen und war eine kräftige untersetzte Natur mit gutmüthigem Aussehen, in der Regel von stumpfem, gutmüthig dummen Gesichtsausdruck, der nur in der Erregtheit einen wahrhaft bestialisch abschreckenden Ausdruck annahm. L. bot ihm freundlich einen guten Morgen und legte ihm vertraulich die Hand auf die Schulter. In diesem Augenblick drehte sich der Kranke um, hatte mit einem Griffe die Kehle L.'s mit beiden Händen umfasst, so dass beide zu Boden stürzten. L. lag mit dem Rücken unten, der Kranke auf ihm. Aufseher und Wärter waren geflüchtet. Ich sprang hinzu und versuchte den Kranken hinwegzureissen, allein ich hob L. mit in die Höhe, weil die Hände noch immer die Kehle fest umklammert hielten, so dass ich die Daumen ausbrechen musste. Ich drehte den Kranken um, legte ihn auf das Gesicht und sass rittlings auf ihm. Dann erst konnte L., der ohnmächtig und mit blauangelaufenem Gesicht an den Dielen lag, mit Hülfe des herbeigerufenen Aufsehers in seine Wohnung zurückgeführt werden. Die ganze Scene spielte sich innerhalb weniger Minuten ab und es war eine Unmöglichkeit bei der Plötzlichkeit dieses Ausbruchs derselben zuvor zu kommen. Ist eine derartige Scene nicht auch denkkar bei dem unglücklichen König von Bayern, bei welcher noch über dem die Fluten des Starnberger Sees mitspielten? Wer vermöchte einem König mit einer gleichen gewaltsamen Abwehr entgegenzutreten? In der Plötzlichkeit und elementaren Gewalt eines maniakalischen Ausbruchs einestheils, in dem unwiderstehlichen Einfluss von Hallucinationen auf die Willensaction und in den unberechenbaren seelischen Vorgängen anderntheils liegt aber die Gefährlichkeit und Unheimlichkeit des Umgangs mit psychisch-Kranken — Zustände, welche so häufig gerade bei Epileptikern gefunden werden, die nur durch vorübergehende Besinnungslosigkeit erklärlich sind. —

Noch vor dem in der Regel früh $^1/_2$8 Uhr stattfindenden Früh-

rapport wurde ich eines Tages um 7 Uhr zum Director gerufen. In dessen Arbeitsstube traf ich zwei Herren, welche eine Kranke zur sofortigen Aufnahme angemeldet hatten. (Damals war noch nicht die Bestimmung getroffen für Sonnenstein, sogenannte „dringliche“ Krankheitsfälle ohne vorherige Aufnahmegenehmigung der Oberbehörde in die Anstalt aufzunehmen.) Der eine der Herren war der Gatte der jungen Frau, welche an diesem frühen Morgen sich und ihr neugebornes Kind mit Phosphorstreichhölzchen zu vergiften versucht hatte, der andere dessen Bruder. Die Kranke sollte rasch untergebracht werden. Der Gatte wurde nun sofort veranlasst, mit einem directoriellen Begleitschreiben nach Dresden in das Ministerium zu reisen, um von dort die Aufnahmegenehmigung sich zu erbitten; ich wurde beauftragt, mit dem nächsten Zuge in Begleitung des andern Herrn nach H., dem Wohnsitz der Kranken, zu fahren, um von dort die Kranke zu holen. Beides geschah. Ich kam bei der Kranken, einer Wöchnerin an, machte sie mit meinem Auftrag in schonender Weise bekannt; dieselbe wurde angekleidet, und wir bestiegen zu Dritt den Ueberfahrtsnachen nach der Station Sch. Als wir mitten auf der Elbe waren, versuchte die Kranke plötzlich über Bord zu springen. Alle Vorstellungen ihres Schwagers blieben fruchtlos — die Kranke machte die anstrengendsten Versuche in die Elbe zu springen, und der Mann zog sich achselzuckend zurück. Der Fischer ruderte in sichtlicher Angst weiter, und mir blieb allein die Verantwortung für die selbstmordsüchtige Frau. Ein rascher Griff — und sie lag machtlos am Boden des Kahnes, der nun bald ruhig landete. Ohne grosse Schwierigkeit und ohne Widerstand kamen wir mit einander in Pirna und auf dem Sonnenstein an, wo bereits die Aufnahmeverordnung mit dem Ehemann eingetroffen war. Die Frau wurde $^1/_4$ Jahr darauf als genesen entlassen und ging von Dank erfüllt aus der Anstalt und von uns — mir selbst hat sie später wiederholt versichert, dass ich ihr das Leben gerettet habe. Vielleicht hat dieser Fall von rascher Genesung bei unverzögerter rascher Aufnahme mit dazu beigetragen, die Aufnahme „dringlicher“ Fälle auf Dringlichkeitszeugniss in der Folge zu begünstigen.

An einem schönen Sommermorgen zur gewöhnlichen Gartenzeit nach der Morgenvisite, war ich beauftragt, mit einem jungen

Pensionär, einem Engländer, eine Spazierfahrt zu machen. Der Kranke, ein jugendlich kräftiger Mann mit kräftig entwickelter Musculatur und starken Boxerhänden, war ein Hallucinant und immer darauf bedacht, in seinem Lebensüberdruss in die Elbe zu springen, gutmüthig und heftig. — Es wurde mir sein Wärter und ein bejahrter, sicherer Kranker mitgegeben zur Begleitung. Ersterer nahm auf dem Kutscherbock der Extrapost, letzterer auf dem Rücksitz im Wagen Platz, ich selbst sass im Fond neben dem Kranken; die Fahrt sollte nur kurz sein auf das nächste Dorf auf der Hochebene nach Königstein zu. Das Elbufer wand sich zur Linken $^1/_4$ Stunde von der Strasse fort. Plötzlich sprang der Kranke von seinem Sitz auf und versuchte aus dem offenen Wagen zu entkommen. Schon hing er mit dem Oberkörper zum Wagenschlag heraus, als ich ihn noch an den Füssen erfassen konnte. Der Wagen musste halten und wenden. Der Wärter sprang herab, denn der alte Mann im Wagen konnte mir garnichts helfen, ich drückte den Kranken, der plötzlich sehr erregt worden war, in den Wagen nieder, und so kehrten wir unter unausgesetzten Kämpfen in die Anstalt zurück. Lange hätte ich das stürmische Herzklopfen bei der sichtlichen Gefahr und der grossen Verantwortung nicht ausgehalten — und welche Folgen wären für mich und die Anstalt daraus erwachsen, wenn ihm die That selbst geglückt wäre! —

Es war an einem Februar-Nachmittag, als ich mit 6 Kranken zu einem Spaziergang mit Kaffee und Billardspiel in ein an der Elbe gelegenes Restaurant „das Bad“ befohlen wurde, wohin wir öfters zu gehen pflegten. Ich war ohne Wärterbegleitung, denn es waren ruhige, ältere Herren, mit denen ich schon viele Spaziergänge gemacht hatte. Die Elbe war angeschwollen und mit Treibeis angefüllt. Unter den Kranken befand sich ein alter Kassirer, ein gutmüthiger, feiger und aberwitziger Mensch, der stets mit den Fingern der rechten Hand auf dem Rücken der linken trommelnd mit den monotonen Worten umherzutrippeln pflegte: „ich kann nicht mehr leben, ich muss todt werden“ ohne sich indess im Rauchen und in seinen liebsten Gesprächen über Geldcurse stören zu lassen. Er liebte vor Allem die Cigarre und das Billardspiel beim Kaffee und erzählte gern vom Leipziger Rosenthal. Wir spielten eine Boule, tranken Kaffee, rauchten und waren sehr

heiter; der alte Herr spielte mit grossem Geschick und berechnete den eingebildeten Gewinn, als er mir gegen Ende des Spieles mit der Bitte sein Queue übergab, ich möchte doch einen Stoss für ihn thun, da er auf einen Augenblick das in der ersten Etage gelegene Zimmer verlassen wollte, er werde sofort wieder zurück sein. Das Haus hatte zwei Eingänge; der eine, nach der Elbe zu, war stets verschlossen, der andere ging in den grossen, abseits von der Elbe gelegenen Garten, die Localität war im Erdgeschoss. Da plötzlich fällt mir ein, dass der alte Herr doch andere Absichten gehabt haben möchte, und ich eilte ihm nach. Als ich an die nach der Elbe zu führende Ausgangsthür kam, war dieselbe, wie stets, verschlossen, und auf dem Umwege durch den Garten an die Elbe angelangt, sah ich den Herrn zwischen den treibenden Eisstücken schwimmen. Sofort entledige ich mich meiner Oberkleider, um mich nachzustürzen, da ich des Schwimmens kundig bin. Allein schon wird von einem zufällig vorüberfahrenden Steinkahn die Schaluppe gelöst, dem Manne entgegen nachgefahren, derselbe erfasst und ans Ufer gebracht, den ich auf meinen Schultern in ein Zimmer trage, mit Decken erwärme u. s. w. Er kam wieder zu sich. Ein schleunigst herbeigeholter Wagen bringt uns in die Anstalt zurück. Die darauf folgende Nacht verbringe ich am Bett des an einer Lungenentzündung erkrankten, lautstöhnenden Pfleglings — was wäre aus mir geworden, war nicht die Schaluppe auch meine Rettung? Solche Kämpfe mit dem Geschick und mit der Pflichterfüllung in einem so ungewöhnlichen Beruf, erschüttern das frischeste, jugendlichste Gemüth!

Gegen Ende der 50ger Jahre war noch in keiner Staatsanstalt eine geschulte Feuerwehr, auch in Sonnenstein nicht; wohl aber eine sehr leistungsfähige Anstaltsspritze, welche unter der Leitung eines Anstaltsaufsehers von einer Anzahl ruhiger Kranker III Classe aus dem Arbeiterstande bedient wurde. L. hatte eine grosse Abneigung gegen den Feuerlärm überhaupt schon aus Rücksicht für die Kranken und noch grössere Abneigung gegen kopfloses Umherrennen der Wärter und Aufseher, so dass er einstmals bei einer solchen Gelegenheit in die geflügelten Worte ausbrach: „wenn es einmal das Unglück wollte, dass in der Anstalt Feuer ausbräche, gäbe ich zunächst dem Aufseher eine Ohrfeige, damit er munter würde.“ Das Sturmläuten, namentlich in der Nacht, war ihm

vollends ein Greuel und sämmtliche Beamte mussten sich um ihn versammeln, damit er wusste, dass Alles auf dem Platze sei und ihm zur Disposition bleibe. So war im Sommer 1857 oder 58 in dem heissesten Monate Nachmittags in der Stadt Feuerlärm. Die Anstaltsspritze wurde aufgefahren, die Mannschaften aufgestellt, die Beamten waren vollzählig zur Stelle: da beauftragte mich der Director, zum Feuer in die Stadt zu eilen, um dem Director W. Hülfe zu leisten, bei dem es brenne. Damals wohnte der pensionirte Anstaltsdirector *W.* von Colditz in der langen Gasse zwei Treppen hoch nach der Elbe heraus und vermochte wegen lähmungsartiger Schwäche beider Beine sich nicht allein fortzubewegen. Als ich in die Stadt herunter kam, war vor diesem Haus, bei einem Seiler, in dessen Werkstatt ein Kessel mit Theer, grosse Mengen Werg, Hanf und fertiger Seilerwaaren in Brand gerathen waren, ein furchtbares Gedränge von Feuerwehrleuten, Bürgerschützen und Gardereitern ordnungslos unter einer Menge müssiger Zuschauer verstreut. Die Officiere und Mannschaften wurden von dem damaligen Rittmeister v. Sch. commandirt, auf jeden Fall zur (steinernen) Treppe hinauf bis zu dem im zweiten Stockwerk wohnenden, hart bedrängten und schwer gefährdeten Dir. *W.* zu dringen, um denselben zu retten. Alle mussten unverrichteter Sache wegen des erstickenden Rauches umkehren; ich selbst versuchte mit einem nassen Taschentuch vor dem Mund vergebens auch nur bis in die erste Etage zu gelangen. Mit dem Umsichgreifen des Feuerherdes wuchs auch die Gefahr für den verlorenen Mann. Ich rannte durch die Hausthür nach der Rückseite, wo die Brandstätte im Erdgeschoss, aber auch hoch über derselben die Fenster zur Wohnung des Gefährdeten lagen. Da lehnte an einem sehr hohen Birnbaum im Hofe (es war gerade die Zeit der Birnenernte) eine lange, schmal auslaufende, sehr schwankende Leiter. Mit Hülfe mehrerer Leute wurde dieselbe an das Haus herübergehoben, und sie reichte glücklicher Weise bis an das offenstehende Fenster. Ich stieg mitten durch den erstickenden Qualm in die Höhe, zum Fenster hinein und begrüsste oben den Bedrohten, der ruhig und ergeben mitten im Zimmer vor seiner Bibliothek stand. „Was wünschen Sie?“

„„Es brennt in Ihrem Hause hier und Sie können nicht zur Treppe hinab.““ „Das weiss ich. Sie wollen mir beistehen, dafür

danke ich Ihnen; hier ist mein Geld, meine Uhren, mein Silber, meine Sammlung, meine Bibliothek."

„„Zunächst möchte ich Sie in Sicherheit bringen.""

„Wie wollen Sie das machen? ich kann nicht gehen!"

„„Das wollen Sie mir überlassen; setzen Sie sich ins offene Fenster.""

„Wozu das?"

„„Das werden Sie sehen.""

Ich hob ihn aufs Fensterbrett, stieg neben ihm hinaus auf die Leiter, hob seine Beine zu mir heraus, liess mich fest mit beiden Armen um den Hals fassen, umfasste den leichten, schmächtigen Mann am Rumpfe und trat Sprosse für Sprosse den Rückweg an. Der Lärm schwieg unten, wie auf Kommando, das Feuer unten prasselte, der Qualm hüllte uns in eine schwarze Wolke ein, die Leiter schwankte ganz bedenklich unter der doppelten Last — ich hatte ja nur eine Hand frei zum Forttasten — endlich nach langem Steigen hatte ich festen Fuss am Boden und es brauste plötzlich aus hundert Kehlen los, wie wenn Alle so tief Athem geholt hätten, als ich; die Hände streckten sich mir entgegen, aber ich konnte den Geretteten nicht los lassen und so führte ich ihn gemeinschaftlich mit einem Collegen aus dem Militärstand in dessen bereitwilligst angebotene Wohnung. Nun erst kehrte ich erleichtert zurück und holte auf demselben Wege das Geld und die silbernen Werthgegenstände. Inzwischen war man mittelst eingeworfener Löschdosen des Feuers Herr geworden und als ich zum dritten Male eingestiegen war, fand ich ein Kommando Soldaten eifrig damit beschäftigt, die Bibliothek zu retten, die man theils in mitgebrachte Säcke stopfte, theils schon zum Fenster hinaus auf einen Düngerhaufen geworfen hatte. Natürlich wurde nun das fernere Rettungswerk eingestellt, und ich eilte in die extemporirte Wohnung des *W.* zurück. Keine Erschöpfung, kein Schreck — statt dessen leitete derselbe eine Unterredung über „generatio aequivoca" ein, die ihn in der letzten Zeit am meisten zu beschäftigen schien und von der Wirklichkeit ganz abgezogen hatte.

Dies sind die Ereignisse, welche in der Hauptsache mit meiner Person in Verbindung getreten waren in der Anstalt Sonnenstein und welche in der Folge die Ansicht in mir befestigten, dass jeder Irre, auch der anscheinend harmlose, theils wegen der

unsichtbaren seelischen Vorgänge, theils wegen des mächtigen Einflusses auf deren Handlungen zu den gefährlichen Kranken zu rechnen sei.

Die in dieser Beziehung beachtungswerthesten Ereignisse während meines Aufenthaltes in Colditz von 1879 bis 1884 waren folgende.

Am ersten Pfingstfeiertag 1882 oder 83 wurde mir mittelst des Telephons früh 1/2 6 Uhr von Zschadrass aus gemeldet, dass während der vergangenen Nacht mehrere Kranke und Wärter an Erbrechen und Durchfall erkrankt seien, und beim Frührapport um 8 Uhr wurden auch von den Aufsehern der Hauptanstalt gleiche Erkrankungen innerhalb des Anstaltsbereichs gemeldet, auch waren inzwischen noch mehrere Erkrankungsfälle in der Meierei hinzugekommen mit denselben Symptomen, so dass sich die Zahl der plötzlichen Krankheitsfälle mit Einschluss der Wärter auf 37 belief. Allenthalben stellte sich heraus, dass das Brod die mögliche Krankheitsursache sein könne. Der Wirthschaftsinspector gab auf Befragen an, dass der eine Bäcker, welcher das Brod lieferte, Tags vorher eine Quantität gelieferten Weissbrodes als „nicht gerathen" zurückgeholt habe. Während des Vormittagsgottesdienstes wurde ich aus der Kirche abgerufen und mir ein Brief aus der chemischen Centralstation mitgetheilt, in welchem dem betreffenden Bäckermeister die Nachricht zuging, dass das zur Prüfung eingesendete Brod eine beträchtliche Menge Arsenik enthalte. Vor allen Dingen galt es nun, so rasch als möglich den Erkrankten ein Gegenmittel zu geben, was sofort in der Apotheke bereitet wurde, und sodann sämmtliche bereits ausgegebene Brodvorräthe einzusammeln und unter Verschluss zu bringen. Die am 1. Feiertage angestellten Erörterungen ergaben nun, dass der Bäcker einige Tage vorher Weissbrod gebacken und an seine Kunden verkauft habe. Von diesem frisch gebackenen Weissbrod hatten zunächst seine eigenen Leute und seine Gehülfen gegessen und waren nicht unerheblich erkrankt. Hierdurch aufmerksam geworden, übergab der Bäcker einige Brode- und Teigproben an den dortigen Apotheker zur Untersuchung, nahm die bereits an die Anstalt abgelieferten Weissbrode, sowie die an seine auswärtigen Kunden verkauften zurück. Der Apotheker versicherte nichts Nachtheiliges in den Untersuchungsobjecten gefunden zu haben; allein der Bäcker be-

ruhigte sich damit nicht, sondern schickte einige Proben zur chemischen Untersuchung nach Dresden, von woher jene briefliche Mittheilung über erheblichen Arsenikgehalt am 1. Pfingstfeiertage anlangte. Glücklicherweise war diese Vergiftungsgeschichte ganz ohne weitere bleibende Nachtheile für die Vergifteten in- und ausserhalb der Anstalt vorübergegangen — allein die Feiertage waren unter Angst und Sorgen, Protokollen und Berichten verlaufen und die Festfreude getrübt. Die eingeleitete criminalistische Untersuchung ergab nur so viel, dass während der Nacht zwischen dem Einmachen des Teiges und des Backens am frühen Morgen irgend Jemand dem Teig Arsenik beigemengt haben mochte, vielleicht, um den Bäcker in seinem Erwerb zu schädigen — der Bäcker und seine Gehülfen wurden freigesprochen.

An einem Vormittag wurde ein junger Mensch gemeldet, welcher seinen in der Anstalt befindlichen blödsinnigen Bruder besuchen wollte. Der Pflegling wurde durch den betreffenden Aufseher in das Besuchszimmer geführt, wo beide Brüder an einem runden Tisch sich gegenüber sassen und miteinander sprachen. Plötzlich zieht der besuchende Bruder aus der Seitentasche des Rockes einen sechsläufigen Revolver und giebt auf den Kranken erst einen, sodann einen zweiten Schuss ab. Der Aufseher reisst nach dem ersten Schuss den Kranken hinweg, so dass der zweite Schuss an der Schläfe vorbei in einen Actenschrank fährt und hierauf richtet der Besuchende die Waffe gegen sich selbst und schiesst sich die übrigen 4 Kugeln ab, von denen nur eine die Lunge durchbohrt, die andern schadlos bleiben. Ich liess den Verwundeten sofort im Siechkorbe in das städtische Krankenhaus tragen, woselbst er aussagte, dass er seinen Vater habe von der Last seiner beiden Söhne befreien wollen. Die Familie ergab sich ganz degenerirt und psychisch belastet. Später kam der Attentäter in die Anstalt und starb daselbst; der blödsinnige Bruder aber trägt wohl noch heute die Kugel im Zwischenrippenraum mit sich herum.

Was ich in Hubertusburg sowohl vor, als auch nach meiner Anstellung als Director erlebt habe, möchte für Fremde kaum der Erwähnung werth sein; aber mir hat sich die Erinnerung an manches Ereigniss, an manches Zeichen dankbarer Anhänglichkeit untergeordneter Personen unter den Kranken, Hospitaliten, Wärtern

und Armen im Dorfe tief ins Herz geschrieben, so dass ich nur mit Wehmuth an mein „verlorenes Eden“ zurückdenken kann.

Als ich einst, noch als zweiter Anstaltsarzt, zu einer ungewöhnten Zeit Nachmittags während der Gartenspaziergänge in meine Abtheilung kam, um einer Verpflegten einen Brief zu übergeben, war das Haus anscheinend leer, nur im obern Corridor traf ich eine Wärterin in einem verzweifelten Kampfe mit einer Kranken. Erstere war mit Scheuern der Dielen beschäftigt gewesen und von letzterer rücklings überfallen worden. Die Kranke, eine Hallucinantin, hatte die Wärterin, welcher sie Wasser zugetragen, mit beiden Händen an der Kehle umfasst und fast erdrosselt. Selbstverständlich befreite ich die Angegriffene, die am Halse und im Gesicht blutig zerkratzt und deren Haar zerzaust war. — Vorkommnisse, wie die Entdeckung einer Kindesmörderin, einer Wärterin, die ihr neugeborenes Kind im Bett erstickt und 5 Wochen in einem Wäschschrank verborgen hielt; die Zuführung einer Kranken, die sich kurz vor der Anstalt vergiftete und im Aufnahmezimmer verstarb, sind noch zu frisch im Gedächtniss, als dass sie einer weiteren Auseinandersetzung bedürften; allein auch diese weisen darauf hin, dass in einer so umfänglichen Anstalt die schärfste Aufmerksamkeit, Wachsamkeit und stete Kriegsbereitschaft erforderlich ist, die Interessen und den guten Ruf des ganzen Anstaltsbereiches nach Aussen und Innen zu wahren!

Ueber das Symptom der Verbigeration[1]).

Von

Dr. Clemens Neisser,
zweitem Arzte an der Provinzial-Irren-Heil-Anstalt zu Leubus.

Im Jahre 1874 hat *Kahlbaum* in seiner Monographie über die Katatonie ein psychopathisches Symptom, eine besondere Form der Redesucht, unter dem Namen der Verbigeration beschrieben, dasselbe durch Beispiele näher zu kennzeichnen und durch einige differenzirende Bemerkungen von anderen Erscheinungen abzugrenzen gesucht. Er hat hinzugefügt, dass nach seinen Beobachtungen nur die von ihm Katatoniker genannten Kranken unter Umständen das in Rede stehende Symptom aufweisen, eine Behauptung, durch welche naturgemäss die richtige klinische Auffassung desselben eine erhöhte practische Bedeutung beanspruchen durfte.

In jeder anderen klinischen Disciplin würde, wie ich glauben möchte, eine solche Publication stets die Folge haben, dass eine Fülle von casuistischen Mittheilungen alsbald zu Tage gefördert und dadurch in Kurzem für Jeden ersichtlich werden würde, ob oder eventuell mit welchen Einschränkungen und Modificationen die Behauptung des Autors zu Recht besteht. Eine solche, freilich langsame und mühevolle klinische Detailarbeit erscheint auch allein geeignet, positive Ergebnisse und allgemeine Verständigung zu erzielen. In der Psychiatrie fehlt indess diese Art klinischer Thätigkeit so gut wie vollständig, und so sehen wir uns auch vergeblich in der Literatur nach Arbeiten um, durch welche das Symptom der Verbigeration in seinen verschiedenen Erscheinungsformen und

---

[1]) Nach einem im Verein der Ostdeutschen Irrenärzte zu Breslau am 28. Nov. 1888 gehaltenen Vortrage.

hinsichtlich seiner practischen Verwerthbarkeit näher untersucht und fixirt wäre. Andererseits begegnen wir in Lehrbüchern hier und da, wenn es überhaupt erwähnt wird, willkürlichen Abweichungen in der Definition desselben, und somit dürfte der Versuch sich rechtfertigen, in einigen Worten auf diesen Gegenstand näher einzugehen.

Nach *Kahlbaum's* Beschreibung besteht die Haupteigenthümlichkeit der fraglichen Form von Redesucht darin, dass von den Kranken einzelne Laute, Worte, Satztheile oder ganze Sätze in mehrfacher Wiederholung und dabei im scheinbaren Charakter einer Rede ausgesprochen werden.

Es erscheint hiernach die Vorfrage berechtigt, ob es sich überhaupt verlohne, ein besonderes Augenmerk darauf zu richten, wenn behauptet wird, dass gewisse Kranke die Neigung haben, in Wortwiederholungen zu sprechen? Ist es nicht vielmehr geradezu eine Willkür und Künstelei, in solchen Vorkommnissen eine Besonderheit von pathologischer Dignität erblicken zu wollen?

Hierauf ist zunächst zu bemerken, dass eine mehrfache Wiederholung derselben Worte bei Geisteskranken natürlich aus allen den Gründen und in allen den Fällen vorkommen kann und wirklich vorkommt, wo sie bei Geistesgesunden zu beobachten ist. Es ist ganz selbstverständlich, dass in der weitaus grössten Zahl von Fällen, in denen Wortwiederholungen bei Kranken zur Aeusserung gelangen, lediglich psychologische Motive maassgebend sind. Wenn ein melancholischer Kranker bei einer sich wesentlich gleichbleibenden schmerzlichen Gefühlslage und dadurch eingedämmtem Vorstellungsflusse in monotonen Jammerausbrüchen und stereotypen Klagen sich ergeht, so wird dies ebensowenig zur Statuirung einer pathologischen Sondererscheinung herausfordern, wie wenn ein hallucinatorisch-Beängstigter fortwährend und vielleicht in denselben Ausdrücken auf seine vermeintlichen Verfolger schimpft oder ein Anderer, um die Stimmen zu übertäuben, Tag ein Tag aus dieselbe Melodie vor sich hindudelt. In diesen und den mannigfachsten analogen Fällen genügt für die Beurtheilung der Aeusserungen die Erinnerung an das Verhalten gesunder Menschen in ähnlicher Lage.

Wenn aber die Situation oder die Stimmung der Kranken und der Inhalt der Worte oder Sätze an und für sich ganz und gar keinen Grund ersichtlich macht, weshalb dieselben in vielfacher

Wiederholung vorgetragen werden; wenn zudem die Wortwiederholung in hartnäckigster Ausdauer bei Tag und bei Nacht, ja durch Monate hindurch fortgeführt wird, so besteht allerdings die Berechtigung, eine solche psychische Leistung als eine eigenartige auf krankhaften Vorgängen basirende anzusehen. Und wenn diese Auffassung gerechtfertigt ist, so ergiebt sich von selbst die weitere Anforderung, auch da, wo die Erscheinung weniger auffällig ausgebildet ist, dieselbe gesondert ins Auge zu fassen und ihr eine symptomatische Bedeutung zuzuweisen.

Dazu kommt, als ein für die Beurtheilung der fraglichen Erscheinung wesentliches Moment, dass dieselbe sich in ganz besonders markanter Entwicklung bei Kranken findet, welche zu anderer Zeit eine anhaltende Schweigsamkeit darbieten, und dass in exquisiten Fällen die Pronunciation der Worte eine eigenthümlich forcirte ist, sodass es den Anschein hat, als müssten grosse motorische Schwierigkeiten überwunden werden, und als bestünde ein organischer Zwang, ein besonderer Trieb zum Sprechen von solcher Macht, dass er weit über die normale Innervationsintensität beim Sprechen selbst in Affectzuständen hinausgeht. (Solche Fälle sind es auch jedenfalls gewesen, von welchen die Erscheinung den Namen des „Redekrampfes“ oder „Verbigeration“ erhalten hat.)[1])

Endlich verdient die Thatsache für unsere Frage nicht unerhebliche Beachtung, dass Epileptiker nach dem Anfalle nicht zu selten das Phänomen der Verbigeration in allen Formen und Nüancen der Ausbildung darbieten.

---

[1]) Diese Fälle finden auch bei früheren Darstellern schon Erwähnung, wenn auch keine eingehendere Würdigung. *Kieser* sagt (Elemente der Psychiatrik 1855, pag. 185): „In anderen Fällen sprechen die Kranken stetig dieselben Worte.“ Und *Dagonet* schreibt (Traité élémentaire et pratique des maladies mentales, stupidité, forme cataleptique, 1862, pag. 363): „Dans quelques cas on voit le malade répéter constamment le même mot comme par une sorte de mouvement machinal.“

Dagegen ist die nicht blos aus Wiederholungen desselben Wortes bestehende, sondern in Form einer Rede fortlaufende Art der Verbigeration, welche der klinischen Erkennung weit grössere Schwierigkeiten darbietet, meines Wissens zuerst durch *Kahlbaum* beschrieben und in Beziehung zu jener Form gebracht worden.

Aus allen diesen Erwägungen ergiebt sich der Schluss, welcher sich übrigens schon bei der blossen Betrachtung eines gut ausgebildeten Falles dem Beobachter unmittelbar aufdrängt, dass die Verbigeration als ein eigenartiges psychopathisches Symptom, als eine Erscheinung von pathologischer Dignität aufzufassen ist, ebenso wie dies bezüglich der Ideenflucht, bezüglich der Zwangsvorstellungen und anderer Erscheinungen wohl allseitig anerkannt wird.

Ueber das Wesen der Verbigeration, d. h. über die Natur der die Erscheinung bedingenden pathologischen Zustände bezw. Processe fehlen uns alle sicheren Grundlagen des Wissens. Inwieweit der von *Kahlbaum* selbst gegebene Erklärungsversuch als befriedigend anzusehen, und wie etwa sonst das Zustandekommen der Erscheinung zu denken sein möchte, davon wird weiter unten gelegentlich die Rede sein müssen.

Aber selbst wenn wir eine hinlänglich begründete Theorie der Verbigeration besässen, so würde im Einzelfalle die richtige Auffassung und Erkennung des Symptomes doch nur von klinischen Merkmalen abhängen können. Es dürfte deshalb auch der kleinste Beitrag, welcher darauf abzielt, die klinische Erkennung des Symptomes zu erleichtern, nicht ganz werthlos sein, selbst wenn das Ergebniss ein mehr negatives sein sollte, indem eine Reihe von Zuständen — bei den verschiedensten Formen von Geistesstörung — kenntlich gemacht werden, in welchen gleichfalls Wortwiederholungen zur Beobachtung gelangen, und welche doch von der Verbigeration durchaus loszutrennen sind.

Nachfolgend seien zunächst einige Beispiele von Verbigeration zusammengestellt, welche die Erscheinung besonders gut entwickelt zeigen. In einigen Fällen ist gleichzeitig ein eigenthümliches Pathos vorhanden, welches sich theils in der äusseren Sprechweise theils in der Gedankenrichtung und der Wahl der Worte kundgiebt.

Kahlbaum berichtet[1]) von einem Kranken, welcher durch drei Monate unverändert „das Bild der Regungslosigkeit", ferner anhaltenden Mutacismus und wiederholt die Erscheinung der wächsernen Biegsamkeit dargeboten hatte: „Ende März änderte sich in einer Beziehung das Krankheitsbild. Statt der absoluten Schweigsamkeit tritt ein unaufhörliches Sprechen auf, das monoton in einem engen Kreis von Worten sich ergeht, die auf

[1]) Die Katatonie. Verlag v. August Hirschwald, 1874, pag. 11 ff.

Liebe und Religion Bezug haben. So z. B. einen Tag: „Liebe ist Gott, Liebe, Liebe ist Gott, Liebe, Liebe ist Gott." Ein anderes Mal: „Gott in Gott, Gott, Gott in Gott, Gott in Liebe, Gott, Gott, Gott, Gott in Liebe, Gott in Gott u. s. w." Oder „Gott-Liebe-Gott dir danken wir: Vater, Vater, ich bin dein Kind; Gott-Liebe-Gott etc." Oder „Du dreimal grosser Gott, Du dreimal grosser Gott". Manche Tage sagte er zu diesen Worten einen Zwischensatz wie „heisst es ja" oder „sage ich", „wahrhaftig". Bald wurden die Worte ruhig ausgesprochen, bald sehr laut und sehr schnell ausgestossen. In der Nacht wurde das Sprechen in der Regel unausgesetzt wie am Tage fortgesetzt, nur sprach er dann leise. Legte man ihm die Hand auf die Stirn, so hörte das laute Sprechen auf und er sprach dann dieselben oder ähnliche Worte flüsternd. Zuweilen wechselte er ohne äussere Veranlassung mit lautem und flüsterndem Sprechen in längeren Reihen von Worten ab. Er lag dabei entweder ganz flach auf dem Rücken oder hatte sich mit dem Oberkörper etwas aufgerichtet und den Kopf starr nach hinten zurückgebogen. Zuweilen wurden diese Worte sehr quälend durch die Zähne vorgebracht oder einzelne Worte wurden langsam und in getrennten Silben vorgestossen, als ob ein Mechanismus den Kranken gegen seinen Willen zum Ausstossen der Worte zwinge. Zuweilen wurden der Mund und die Augenmuskeln beim Sprechen krampfhaft verzogen. Er wurde bald sehr heiser, sprach dann längere Zeit nur leise, um dann wieder mit lautem Schreien abzuwechseln. Vom 19. Mai bis zum 2. Juni sprach er kein Wort. Dann fing er wieder in voriger Weise an zu sprechen, was bis nahe vor seinem am 21. August erfolgten Tode mit geringen Unterbrechungen andauerte. Als er ganz schwach war, war die Stimme grunzend oder keuchend und schliesslich leise stöhnend. Seit Anfang April hatte sich Fieber mit leichtem Husten eingestellt. Es entwickelte sich eine acute Tuberculose der rechten Lunge, an welcher er verschied."

An den vorstehenden Fall möchte ich in gekürzter Wiedergabe eine analoge Phase aus einem Krankheitsbericht anreihen, welchen ich in meiner Abhandlung „über die Katatonie" (Verlag von Ferd. Enke, Stuttg., 1887, p. 72) ausführlich publicirt habe.

Eine 32jährige Kranke (Marie Kupka) bietet nach mehrmonatlicher Attonität eine Erregung von eigenthümlicher Art dar. Nachdem sie durch einige Tage eine heitere, zu albernen Spässen und witzigen Bemerkungen aufgelegte Grundstimmung mit leicht verwirrtem Handeln (unmotivirtes Ausziehen der Strümpfe im Garten etc.) und dabei mit deutlicher Benommenheit (liess wiederholt Urin unter sich) gezeigt hatte, singt sie am 2. und 3. August 1886 mit durchdringender Stimme immerfort dieselben Lieder, dabei in langsamem Schritte im Zimmer auf- und abwandelnd, die Haare aufgelöst, die Augen glänzend. (Ich fügte damals dem Journal die

subjective Notiz bei: „Das ganze Gebahren macht einen zwangsartigen Eindruck.“) Am folgenden Tage (den 4. August) redet Patientin unaufhörlich in einem stark pathetischen Tonfalle, der noch dadurch etwas Eigenthümliches erhält, dass viele Silben deutlich scandirt werden. Mit gehobener leicht singender Stimme, in declamatorischer Weise fügt sie Satz auf Satz, wie z. B. folgendermaassen: „Ich war das einzi|ge Kind rei|cher Eltern. O Herr Doc|tor! Ich habe einen einzigen Vater; es ist ein guter, alter Vater. Ich blühte heran zu einer Jungfrau; ach Herr Doctor, haben Sie meinen Mann gekannt? Es war der Doctor Berger. Es war ein Arzt, ein lieber Arzt. Er ward mein Mann, wir lebten unendlich glücklich, mein guter einziger Mann. Er war ein Arzt, das einige Kind reicher Eltern; mein Vater ist ein Kaufmann; O Herr Doctor! ja er ist ein Kaufmann, er lebt in Berlin!“ Andere Worte als die erwähnten kamen kaum vor. — Am nächsten Tage declamirt Patientin ganz in derselben Weise, nur dass der Ton heute nicht ein freudig gehobener, sondern ein schmerzlich erregter ist. Bei der Visite bricht sie in ein convulsivisches Schluchzen aus, verbigerirt aber dabei ununterbrochen fort. Die Worte werden wie unwillkürlich, triebartig hervorgestossen. In den folgenden Tagen gesellt sich zu den ganz stereotyp fortgesetzten Declamationen eine anwachsende allgemeine motorische Unruhe.

13. August: Grosse Unruhe. Subcutane Injection von 0,05 g Morphium schafft keinerlei Beruhigung. Nachmittags steigert sich der Bewegungsdrang der Patientin, welche sich beständig an der Erde herumwälzt und den anderen Kranken die Kleider zerreisst, derartig, dass sie isolirt werden muss. Abends zeigt sich Pat. in der hochgradigsten Erregung, liegt auf der Erde, Jactationen der Extremitäten, die fast krampfartig erscheinen, folgen ununterbrochen auf einander. Einen Becher Wasser, den sie flehentlich erbittet und den sie mit gieriger Hast ergreift, ist sie ausser Stande zu leeren, weil die Unruhe ihrer Musculatur sie beständig hin und her schleudert, die Augen glänzen, das Gesicht ist blass, sie macht ab und zu Brechbewegungen, wobei aber blos etwas Speichel zum Munde herausläuft. Dabei spricht sie keuchend in pathetischem Tone unzusammenhängende halbe Sätze, immer wieder die gleichen, wobei zumeist die in den letzten Tagen gesprochenen wiederkehren: „Ich war die einzige Tochter — ein alter reicher Vater — ich hatte gebrochen — eine blühende Jungfrau.“

Das Krankheitsbild bleibt in den folgenden Tagen im Wesentlichen unverändert.

19. August: Andauernde Erregung. Pat. sitzt auf der Erde, schlägt mit den Händen von Zeit zu Zeit um sich; die Bewegungen der Extremitäten erinnern an clonische Krämpfe, die des Rumpfes mitunter an tonische Contractionen. Dabei spricht sie beständig in halben Sätzen wie oben geschildert. Zu den stereotypen anderen Sätzen ist ein neuer hinzugekommen: „Es brannte ein Haus. Ich habe ein Haus brennen sehen.

Sahen Sie ein Haus brennen?“ Es scheint manchmal, als wenn Pat. hallucinirte. Von Zeit zu Zeit hält sie im Sprechen inne, horcht auf und fragt dann: „Hörten Sie rufen? ich hörte rufen!“ Pat. fiebert offenbar, sie fühlt sich heiss an, der Puls ist beschleunigt, die Lippen trocken, die Zunge bräunlich belegt. In den nächsten Tagen hielt das Fieber, das freilich nicht thermometrisch constatirt werden konnte, an. Die nur unvollkommen ausführbare Untersuchung ergab deutlich eine rechtsseitige Pneumonie. Die Kräfte nehmen zusehends ab, dabei bestand die Bewegungsunruhe fort und auch das pathetische Declamiren derselben Sätze dauerte — man kann wirklich sagen — bis zum letztem Athemzuge unverändert an. Am 25. August erfolgte der Exitus letalis.

Die nächste Krankenbeobachtung muss ich etwas ausführlicher wiedergeben, wenn wirklich ein einigermaassen anschauliches Bild des Zustandes erzeugt werden soll. Ich kann mich dieser Aufgabe umsoweniger überhoben fühlen, als mir nirgends in Lehrbüchern Schilderungen bekannt sind, im Hinblick auf welche ein Verständniss der zu beschreibenden Krankheitsphase ohne Weiteres sich ergeben möchte.

Der Musiker Paul Springer, erblich nicht belastet, erkrankte in seinem 21. Lebensjahre an einer, soweit ein Urtheil über die zum grössten Theile ausserhalb der Anstalt durchgemachte Krankheitsphase möglich ist, reinen maniakalischen Dysthymie. Der anamnestische Bericht und die aus jener Zeit stammenden Briefe des Pat. lassen über die Richtigkeit dieser Annahme kaum einen Zweifel zu. Zur Kennzeichnung des Zustandes genüge die Aeusserung des Kranken, mit welcher er, in seine Heimath zurückgebracht, seine Eltern begrüsste: „Vater, ich habe Dir zwei goldene Uhren mitgebracht, Mutter, Dir zwei seidene Kleider, morgen kaufe ich mir ein Cello für 1000 Mark.“ Darauf verlangte er Geld und tobte, als es ihm verweigert wurde. — Bei seinem Eintritt in die hiesige Anstalt am 14. März 1887 waren nur noch Spuren der maniakalischen Erregung vorhanden. Allmählich klang dieselbe mehr und mehr ab und ging schliesslich in eine depressive Verstimmung über. Er hielt sich vom Verkehr fern, sonderte sich ab, musicirte nicht mehr und war äusserst wortkarg. Es war kein Zweifel, dass er Gehörstäuschungen hatte: er gab auch zu, Stimmen zu hören, liess sich aber über den Inhalt derselben nicht aus. Im Spätsommer trat eine erhebliche Besserung in seinem Befinden ein. Die Stimmung glich sich mehr aus, der Gesichtsausdruck wurde beweglicher, er lächelte und lachte bei geeigneten Anlässen, spielte wieder Clavier und widmete sich in früherer Weise der Geselligkeit. Sein Verhalten unterschied sich nicht mehr von dem eines gesunden Menschen und er legte auch eine leidliche Krankheitseinsicht an den Tag. Er selbst betrachtete sich für ge-

nesen und fragte wiederholt, wann er werde entlassen werden können. So hielt er sich in gutem Zustande durch reichlich zwei Monate.[1])

Am 24. October 1887 blieb er von der Arbeit zurück und schrieb einen Brief an seine Eltern: Hier werde es doch nur jeden Tag schlimmer, ihm werde zu schwere Arbeit aufgebürdet, etc. Er durfte zunächst nicht weiter schreiben und klagte mündlich immer wieder darauf zurückkommend: der Oberwärter habe ihn gestern zum Kartoffelabladen geschickt, er habe ja nichts gesagt und alles willig verrichtet, aber er habe sich dadurch zu Schanden gemacht. Liess sich nur mit Mühe beruhigen. Am nächsten Tage war er wieder in der früheren guten Stimmung und es fiel nichts besonderes an ihm auf. Er schrieb einen anderen Brief an seine Eltern, der wenig enthielt und äusserst gedrechselt abgefasst war. Am nächsten Tage bat er den Arzt, ob er sich einmal aussprechen dürfe; als er dazu animirt wurde, meinte, er könne sich so nicht recht aussprechen, er werde es zu Papier bringen, und setzte sich nunmehr täglich hin, um zu schreiben. Er war sichtlich sehr erfüllt von seinem Vorhaben, bat wiederholt um neue Bogen, da ihm „ein neuer Styl eingefallen sei" und es sei „wunderschön gesetzt". Dann pausirte er wieder einmal einen Tag mit Schreiben, nahm es jedoch danach von Neuem wieder auf. Sonst fiel in seinem Verhalten nichts Besonderes auf. (Die angefangenen Schriftstücke haben fast durchweg übereinstimmenden Wortlaut, bestehen aus nichtssagenden Phrasen und stellen den Versuch eines Lebenslaufes dar.)

Am 29. October wird gegen Mittag gemeldet, der Springer sitze plötzlich, nachdem er bisher geschrieben habe, mit gefalteten Händen und zurückgeworfenem Kopfe steif und starr da. In solcher Haltung wurde er nach kurzer Zeit vom Arzte noch angetroffen. Gefragt, ob er denn heute schon gegessen habe — die anderen Kranken waren inzwischen zu Tisch gegangen —, sagte er, er habe nicht gegessen, weil er erst seine Sünden bereuen müsse. (Was er heute gemacht habe?) er habe heute Morgen schriftliche Arbeiten gemacht. Das Bekenntniss seiner Sünden vor Gott müsse er noch ablegen, er habe das vierte Gebot übertreten, habe sich an seinen Eltern versündigt. (Womit?) Weil er einen leichtsinnigen Lebenswandel geführt habe, „weil ich von der Schlange bin verführet worden und vom Teufel". Auffallend langsame Sprache, fast scandirend. Exquisite Flexibilitas cerea, er bleibt in den schwierigsten Stellungen des ganzen Körpers. Pupillen gleich weit und reagirend, aber auffallendes Schwanken in der Weite der Pupillen, während der Blick in derselben Richtung, gleichsam ins Leere hinaus, verharrte. Pat. wird in den Wachsaal gebracht.

---

[1]) Mein hochverehrter Chef Herr Director Dr. Alter befolgt den Grundsatz, welcher sich hier sehr bewährt hat, solche Kranke als genesen erst zu bezeichnen, nachdem die Reconvalescenz durch mindestens 3 Monate angedauert hat und das Körpergewicht keine grösseren Schwankungen mehr zeigt.

Abends: sitzt auf dem grossen Lehnstuhle, mit gefalteten Händen, Gesichtsausdruck schwärmerisch-verklärt; erzählte dasselbe wie Vormittags; er habe das vierte Gebot übertreten, sich versündigt. Pathetische Ekstase.

30. October. Behält jede ihm aufgenöthigte Stellung; so blieb er z. B. auf einem Beine stehend, das andere schwebend, Arme in einander verschroben, Kopf ganz zur Seite gelegt; die Position sah so gefährlich aus, dass andere Kranke ihn ängstlich unterstützen wollten. So blieb er volle 3 Minuten. Dann nahm er auf den Zuruf, dass er jetzt gerade stehen solle, die gewöhnliche Haltung wieder an. Gefragt, warum er in jener Stellung verharrt habe, sagt er: „der Geist Gottes schwebt über den Wassern". — Nachmittags drang er mit erhobenen Armen auf einen Mitkranken ein: „Ich kämpfe und strebe für das Vaterland!" — Zur Rede gestellt, sagt er: „der hat das Gebot Gottes übertreten". Muss, da er wiederholt so laut und activ war, in die unruhige Abtheilung dislocirt werden.

1. November. Pat. sitzt mit lachendem Gesichtsausdruck da, springt auf und lässt einen unerschöpflichen Redestrom los, lässt sich jedoch durch Anreden momentan unterbrechen. Es wurde notirt: „Ich habe für König und Vaterland gestrebt, gekämpft habe ich für König und Vaterland, (hebt wie schwörend den Arm in die Höhe), für König und Vaterland, (lauter:) für König und Vaterland, (schreiend:) für König und Vaterland . . ." „ich habe den Riesen Goliath besiegt, ich habe den verfluchten Kerl herausgeschafft, ich habe den Teufel besiegt, weil ich alles zu einer einheitlichen römisch-katholischen Kirche bekehren soll, das will ich haben! Ja, für König und Vaterland habe ich gekämpft, nu' wird mir's wenigstens wieder gut gehen, denn zwei sind ihrer darunter, die mich verrathen haben . . ." . . „ich war immer so besoffen, ich habe mich dem Trunke ergeben in verführerischer Weise, was ich damals nicht so erkannt habe, weil ich für König und Vaterland gestrebt habe, um den Teufel zu besiegen, weil der mich erkannt hat. Ich kenne schon den Kerl, das ist der Georgi. Warte nur verfluchter Kerl, das sollst du mir büssen! und dann noch der Petersen, er dachte auch, ich wäre unser Herrgott; er sagte (plötzlich in breiter karrikirender Mundart sprechend:) „„ich hätte Ihnen den ganzen Sommer Stunde gegeben, wenn Sie — —"" (ideenflüchtig weiter:) „Das sind die zwei Mörder, die Jesum Christum ans Kreuz geschlagen haben, das beruht auf Wahrheit, das beruht auf Wahrheit, (in immer gehobenerem Tone viermal) das beruht auf Wahrheit, so wahr ich lebe und in Ewigkeit lebe, in Ewigkeit lebe, in Ewigkeit lebe . . . (mehrmals hinter einander.) . . Was haben Sie denn hier für König und Vaterland zu kämpfen? Weil sich die Weltkugel dreht. Mein Vater hiess Robert Schultze, das ist der gute Hirt, der hat sein Leben für die Schaafe hingegeben, jetzt bin ich wenigstens der Riese Goliath, ich bin Napoleon, ich habe den Riesen Goliath besiegt, ich habe den verfluchten Kerl besiegt, der hat sein Leben für die Schaafe hingegeben, nicht wahr, Herr Oberwärter, nicht wahr Herr

Oberwärter, nicht wahr Herr Oberwärter .... endlich habe ich es errungen, wonach ich gestrebt habe, Gott sei Dank, Gott sei Dank, ich danke meinem Herrn und Schöpfer, es ist schon von Kindheit an, ich bin immer bereit gewesen, ich bin immer gewarnt worden vor dem vierten Gebot, vor dem vierten Gebot, weil mich der verfluchte, verfluchte, (spuckt), verfluchte, verfluchte Satan verführt hat. Nicht wahr, Herr Oberwärter, Nicht wahr, Herr Oberwärter? . . . (7 mal hinter einander).

2. November. Unveränderte Redesucht mit Wortwiederholungen; immer wiederkehrend: „ich habe für König und Vaterland gestrebt" oder „gekämpft", „ich habe den Riesen Goliath besiegt", ferner: „ich bin der Kaiser und König für's ganze deutsche Reich." Pupillen in der Regel erweitert, aber auffällig labil und zwar in ganz kurzen Zwischenräumen (vielleicht mit dem Puls isochron; nicht deutlich festzustellen —) sich contrahirend und erweiternd. Stellte sich während der Exploration, sowie er es auch mehrfach mit anderen Kranken vorher gemacht haben soll, wiederholt vor den Arzt hin und, indem er sein Gesicht dicht annäherte, starrte er ihn mit weit aufgerissenen Augen (ohne erkennbare Absicht oder besonderen Affect) eine Weile an. Ging man dann, ihn immer fixirend, langsam rückwärts, so folgte er in gleichen Schritten, automatisch, ähnlich wie ein Hypnotisirter, nach und konnte so ein paar Male im Kreise herumgeführt werden. Als aber die Schritte des Arztes schneller wurden, so blieb er stehen und fuhr in seinem Redeschwall fort, ohne sich an eine bestimmte Adresse zu wenden. Wiederholt nahm er während des Sprechens dramatische Posen an, indem er die Arme ausbreitete, die Hand gerade in die Höhe streckte oder auf's Knie sank. Die ihm passiv beigebrachte unbequeme Körperstellung nimmt er an und behält sie eine längere Weile bei, fragt aber gleichzeitig, mitten unter anderen beziehungslosen Sätzen: „Weshalb soll ich denn so stehen?"

Abends: Unverändert, vielleicht noch lebhafter. Stellt sich vor den Arzt hin: „Ist es vollbracht, Vater Schöckel (Name eines Kranken), ist es vollbracht, Vater Schöckel, ist es vollbracht, Vater Schöckel? Vater Abraham und Jakob, jetzt kann ich wieder durch ganz Europa reisen. (Läuft mit aufgerichteten Armen und wild aufgerissenen Augen im Zimmer herum.) Ich bin der alte Fritz, ich bin der alte Fritz, lasse mich doch, ich bin der alte Fritz, ach Du verfluchter Hund, gehe mir weg, Du Franzosenhund. (Pat. sagte auch diese Worte, ohne Jemanden anzureden oder auf eine besondere Stelle zu starren, in demselben hastigen Tone wie alles übrige.) Du Franzosenhund, Du hast mich verrathen, da hast Du kein Glück, bereue erst Deine Sünden, es muss erst anders werden, auf ewig, auf ewig, in alle Ewigkeit. Er hat meinen Vater beleidigt, im Namen des Gesetzes strafe ich diesen Menschen. Ist es gut, Vater Schöckel? ist es gut, Vater Schöckel aus dem Stamme Abraham, ist es gut Vater Schöckel aus dem Stamme Abraham (4 mal hinter einander); Verflucht seist Du noch einmal als der starke August, wie es im zweiten Buche heisst, er soll seine Sünden

bereuen, nicht wahr Vater Schöckel als der Stamm Abraham, nicht wahr Vater Schöckel als der Stamm Abraham (5 mal hinter einander), Du giebst Dein Leben für die Schaafe, wie es im zweiten Buche heisst, Du verfluchter Satan, ich werde ihn gleich wegbringen, aber ich habe ihn schon weggebracht (spuckt mehrfach). (Sieht dann um sich mit langsam drehenden gespreizten Bewegungen des ganzen Oberkörpers, hält die Hände steif vor sich.) „Ist es jetzt bald alle? ich bin der starke August, ich bin der alte Fritz, nicht wahr Vater Schöckel, ich muss ein wenig ausgetobt haben, damit ich die Schweine alle besiege. Ich habe von klein angefangen, das Reich wird immer grösser, das Reich Gottes, da sind solche, die mich verrathen haben. Wer will mir einen Zipfel abschneiden vom Mantel? Der Franz Harbig (Name eines anderen Kranken), das war ein richtiger Teufel, der Franz Harbig, jetzt treibe ich 'naus den Cantor Max . . . nu, Du weisst ja, ich habe für König und Vaterland gestrebt, warte 'mal (zum Arzt, diesen aufmerksam betrachtend:), nu, Du kommst mir ja so gross vor, Du bist wohl grösser geworden, Du bist ja grösser als ich, Paul ist unter den Korinthern, Paul Springer ist unter die Korinther gegangen, ich bin der verlorene Joseph . . ."

Verweigerte heute den ganzen Tag die Nahrungsaufnahme[1]).

3. November. Hat trotz 10 g Paraldehyd gar nicht geschlafen; hat heute Nacht eine Decke zerrissen. Ist noch lebhafter, unaufhörliche Redesucht: „Ist das bisbanacki gollatti? ist das bisbanacki gollatti? (4 mal hinter einander.) Ich habe für König und Vaterland gestrebt, ja ja, Sie sind mein Bruder Wilhelm Stock. Ja ja, ich habe für König und Vaterland gekämpft, ja ja, er liess sich vom Erzbischof firmen, bisbanacki gollitatti, jetzt bin ich vom Adel, bisbanacki gollitatti, jetzt bin ich nicht mehr das Mäxelchen, bisbanacki gollitatti (so folgen eine Reihe von Sätzen und immer wurde die — wohl selbstgebildete — Phrase „bisbanacki gollitatti" eingeschoben). Energisch angeredet und gefragt, ob er den Arzt kenne, sagte er, jede Silbe scandirend; „Das | ist | der | Herr | Doc | tor | von | der | Ir | ren | heil | an | stalt. |" Die Glieder des Körpers lassen sich in unbequeme Stellungen ohne Widerstand überführen und verharren so eine längere Weile. Während eines solchen Versuches spricht er: „bisbanacki gollitatti, ich freue mich, dass ich jetzt so polnisch reden kann, ich habe die Welt genossen, ich bin der Schlossermeister, der die Himmelsschlüssel . . . ach Jesus, wie lange soll ich denn so stehen? bisbanacki gollitatti . . ."

[1]) Da ich in diesem Aufsatze die nosologischen Fragen möglichst auf sich beruhen lassen möchte, begnüge ich mich mit der Bemerkung, dass die Nahrungsverweigerung nach meiner Auffassung in solchen Fällen von symptomatischer Bedeutung ist. Dieselbe kommt bei einer reinen maniakalischen Dysthymie wohl nie zur Beobachtung. Natürlich darf die mangelhafte Nahrungsaufnahme auf Grund von maniakalischer Erregung und Bewegungsunruhe nicht damit verwechselt werden.

4. November. Hat die Nacht wieder nicht geschlafen; die Hosen zerrissen. „Asmabacki, ich kann polnisch, asmabacki, ich habe Napoleon den Ersten besiegt asmabacki, Napoleon den Ersten asmabacki, sie haben mich zum Ritter geschlagen asmabacki . .“ Dabei läuft er beständig im Zimmer umher. „Ich will zum Kaiser und König gekrönt werden und will mich jetzt zur Ruhe setzen; asmabacki polibacki, ich bin ein unschuldiges Kind, wehe, wehe, asmanacki kapoli, da werde ich wüthend, da setze ich die Acht einmal auf, dass der Kopf brummt, Adolf Springer, Julius Springer, hernach der römische Reichskanzler, der mich von der Sünde erlöst hat, um mein Kind zu holen, das hat er zum Felsen heruntergestürzt, das war ein schlechter Vater asmanacki, (begleitet diese Ausrufe vielmals hinter einander mit gleichförmigen zwecklosen Bewegungen; jetzt z. B. schleudert er stets die rechte Hand aus der Höhe gegen die linke Seite) dem kann es nicht gut gehen, asmanacki, der hat sich gegen das vierte Gebot versündigt“. (Wer bin ich?) „Sie sind Johannes der Täufer, Sie sind Napoleon der Erste, Sie sind Herr Wilhelm Stock, Sie sind Herr Wilhelm Stock, Herr Wilhelm Stock, welcher sich für mich verwendet hat. Ich will nicht vor dem Feldwebel exerciren, der wollte mich umbringen, aber es gab nichts, unsere Lanze traf zu gut, asmanacki pollibatti. Sie sind mein Freund Jonathan, asmanacki pollibatti. (Wer bin ich?) Sie sind Herr Stock, asmanacki pollibatti . . Ich habe gesagt, asmanacki pollibatti . ., Napoleon der Erste wollte mich besiegen, asmanacki pollibatti . . Da mir die Königin Luise zu Hülfe sprang, sonst hätte mich der asmanacki pollibatti umgebracht. . .“

Abends: „Ich kann das Aufgeregte nicht leiden kattewalde trumba. Hier habe ich meine Zeugen kattewalde trumba. Er wollte das Kind umbringen, er wollte Gott lästern, kattewalde trumba, ich danke Dir lieber Schutzengel mein kattew . . . . ., um dass ich nicht das vollbrachte kattew . . der ist besiegt kattew . ., der Du mich verrathen kattew . . Julius hat mich besiegt kattew . . ich habe für König und Vaterland gestrebt, ich bin zum Ritter vollzogen, kattew . . . .“

Wird zur Nacht isolirt; trotz 10 g Paraldehyd sehr laut.

5. November. Ist an der Nase und im ganzen Gesicht beschunden, Gesicht congestionirt, die Physiognomie war bisher, der Frische der Erkrankung entsprechend, componirt geblieben, auch jetzt nicht eigentlich verstört, Bewegungsdrang lebhafter, spricht unaufhörlich in hastiger Weise, viele Wort- und Satzwiederholungen, die Wahl der Worte und der Inhalt der Sätze meist von pathetischer Färbung, die Sprechweise selbst ist keine pathetische oder declamatorische, überhaupt nicht von grossem Accente beseelte, nur manchmal etwas wichtig-geheimnissvoll, manchmal schreiend. „Ich habe das Kloster besucht, abiatami, ich bin König, ich will meine Brille haben, abiatami, Sie haben Sich verwendet gegen mich in Russland, da haben Sie sich verwendet gegen mich, abiatami, da möchte ich Selbigen verhaften abiatami.“

Abends: „Ich stürze mich hinab auf die Zinne des Tempels; was ist das für ein unschuldiges Vergehen, Sie sind mächtiger als ich almacki, drei Mark muss ich bezahlen, das war ein unschuldiges Vergehen, dass der Tempel abbrannte, Joseph und Maria, Joseph und Maria, Joseph und Maria, ich muss fliehen und mich auf's Grab legen . .“ Isst schlecht; Essen muss ihm gereicht werden, aber er hat es nicht mehr zurückgewiesen.

6. November. Die ganze Nacht laut. Heute kaum noch zu fixiren. Scheint mehr ängstlich, zieht sich aus. Die Phrase ist heute: „matapundri“.

7. November. 10 g Paraldehyd; nur wenig Schlaf. Spricht wohl zur Hälfte aller Sätze in wirrer Hast selbstgebildete Worte, die sich aber immer wiederholen. .Kniet nieder, springt wieder auf, erscheint noch durch Paraldehyd benommen.

8. November. Motorische Unruhe erheblich gesteigert, läuft wie ein Irrwisch mit hastigen Bewegungen im Zimmer umher, auf Tisch und Bank und Fensterbrett, immer nach kurzen Bewegungen in theatralischer Pose, die Arme untergeschlagen und Kopf vorgestreckt, oder Kopf und Oberkörper zurückgelehnt und die Hände in die Höhe streckend oder wie beim Schwören mit aufgerichtetem einem Arme stehen bleibend. In dem Rededelir ganze Reihen fremder Wörter, die aber nicht so hartnäckig wiederholt werden. Flexibilitas cerea kaum andeutungsweise vorhanden. — In der Nacht sehr unruhig, manscht mit Koth (zum ersten Male unsauber).

Abends: Sehr unruhig, redet unausgesetzt, stark heiser: „Sie haben mich immer verkannt (4 mal hinter einander), eine Brille möchte ich haben (wiederholt diesen Satz viele Male, dabei unmotivirt in Flüsterton übergehend); dann unverständliche fremde Worte; danach: „ohne zum Opfer zu fallen, habe ich den Feldzug mitgemacht, ich kann alle Sprachen.“ Dann folgte wieder ein unverständliches fremdes Wort, welches, wie die anderen Phrasen früher, nach jedem der folgenden Sätze interponirt wurde: „Selbige hat drei Kinder, wie selbige bezeugt hat. Sie haben mich bekehrt in das Zuchthaus, ich bin an Lungenentzündung erkrankt, ich habe drei Feldzüge mitgemacht, ohne dass ich erkrankt bin, und Sie haben mich bekehrt, Sie haben mich bekehrt, weil das ostpreussische Provinzen sind, was Sie mich belehrt haben . . .“

9. November. Sehr unruhig, viel umherspringend, immer in verschränkten und unnatürlichen Stellungen, Physiognomie verstörter aussehend; gegen den Arzt abweisend: „Uebertreten Sie nicht meine Grenze, kathelbei, Sie sind Herr Wilhelm Stock kathelbei, machen Sie mich nicht dumm kathelbei sonst könnte ich Ihnen in's Gesicht spucken, kathelbei . .“ Grimassirt stark, streckt die Zunge heraus, kneift ein Auge zu und blinzelt aus dem anderen frech hervor.

Abends: Unveränderte Redesucht und Bewegungsdrang mit Neigung zu theatralischen Posen. Spricht so schnell und zum Theil undeutlich, dass nur schwer notirt werden kann. „Saul stürzte sich selber in sein Schwert und starb! Saul stürzte sich selber in sein Schwert und starb!

Sie sind Herr katteweil Stock. Ich bin der Jesusknabe und begabt mit höchstem Wesen! Da können Sie mich nicht dumm machen Herr Katteweil Stock abadie; ich habe die grösste Kirche der Welt gesehen Katteweil-abadie, nicht die Grenze betreten abadie. Sie haben mich zu viel gefragt abadie, fragen Sie mich nicht so viel, wenn ich fragen darf!"

10. November. Nach 8 g Paraldehyd ziemlich gute Nacht. Redesucht geringer, aber in der Art unverändert. Nimmt fast immer verschrobene Stellungen ein. Es wurde notirt: „Um den Teufel zu besiegen, habe ich mich recht tapfer gezeigt. Darum habe ich auch den Teufel besiegt; ich habe den Riesen Goliath besiegt für's ganze Deutsche Reich, weil ich schon früh gute Kenntnisse besass, ja ich bin der Einzige von meinem Herrgott, kattebie (oder so ähnlich), daselbst war eine Gruft kattebie, darin die Tugend begraben wurde."

Abends: Will zuerst die Hand nicht geben, giebt sie dann, zieht sie aber sofort wieder zurück; nimmt eine drohende Haltung an: „Machen Sie mich nur nicht dumm, nur nicht dumm machen, betreten Sie meine Grenze nicht . ." streckt die Zunge heraus, grimassirt.

11. November. Verwirrter Gesichtsausdruck, geringere Redesucht und geringerer Bewegungsdrang. — Nachzutragen ist, dass vor einigen Tagen in beiden Augen subconjunctivale Blutergüsse bemerkt wurden, diffuse rothe Flecke, rechts zwei und zwar im äusseren unteren und inneren oberen Quadranten und links einer im äusseren oberen Quadranten. Sie bestehen noch fort. Entstehungsursache nicht bekannt. — War seit dem 8. November sauber. — Trotz 10 g Paraldehyd hat er nur bis 3 Uhr geschlafen, war aber heute noch deutlich dadurch benommen, sodass er heute Abend nur 6 g erhält.

12. November. Etwas ruhiger und bei der Visite vorübergehend etwas klarer. Er wird in den Wachsaal gebracht und verspricht ruhig im Bette bleiben zu wollen.

14. November. Bis jetzt ging's im Wachsaale; er sprang zwar öfters heraus aus dem Bette, um in irgend einer Pose wieder eine Weile zu verharren, liess sich aber immer unschwer zurückbringen. Redesucht nur stundenweise, dann in ganz unveränderter Art mit vielfacher Wortwiederholung und pathetisch-exaltirtem Inhalt. Der Ton der Stimme lässt sich durch Zureden bis zum Flüsterton herunterdrücken, zum Schweigen ist er aber nicht zu bringen; die Worte sprudeln ihm offenbar zum Theil gegen seinen Willen so heraus.

Abends kauert er in Hockstellung im Bette und giebt dieselbe auch bei der Unterhaltung mit dem Arzte nicht auf, obwohl ihm dieser zuredete, er solle sich hinlegen und zudecken. Die einzige Aenderung in seiner Stellung war die, dass er gestikulirend einige Male die Arme horizontal ausbreitete. Unter den ideenflüchtig aneinander gereihten Sätzen und Satzfragmenten seien herausgegriffen: „ich will Beichte ablegen, hohe höchste Majestät, Sie sind Herr Dr. Neisser, Guten Abend Herr Katteweil

Herr Stock, Sie sind hohe höchste Majestät vom ganzen Deutschen Reiche, welches mich hat ermorden wollen, weil ich der verlorene Sohn war . . ."

15. November. Hat nach 4 g Amylenhydrat bis 3 Uhr früh geschlafen. Gesichtsausdruck heiter, zum Lachen tendirend. Liegt leidlich ruhig.

Abends liegt er mit gefalteten Händen und wie verzückt in's Leere sehend da. Lässt die Hände in verschiedene Höhe aufheben und dann so verharrend; mit einem Male wird das Gesicht lebhafter, wie wenn er aus einem Traum erwachte und er beginnt einen kaum unterbrechbaren Redestrom: „Guten Abend Herr Doctor oder vielmehr guten Morgen. Aber bitte mich nicht zu viel zu fragen. Sie sind Herr Katteweil Herr Stock, durch Ihnen bin ich zum Ersten avancirt, weil Sie meine allzugrosse Bescheidenheit höchlichst loben können, Herr Katteweil Herr Stock." (Was heisst denn eigentlich: Katteweil?) „Katteweil? Sie sind Herr Katteweil, Sie sind Herr Oberwärter". (Was heisst Katteweil?) „Katteweil, Katteweil Sie sind Herr Handloser Katteweil und hofften Katteweil mich zum Ersten Katteweil avanciren zu können Katteweil, weil Sie meine allzugrosse Bescheidenheit Katteweil, da bin ich nach Russland gereist Katteweil ich musste es Katteweil als Conrad Welting Katteweil der verlorene Sohn Katteweil . . ."

16. November. Nach 4 g Amylenhydrat Schlaf bis ½4 Uhr. Liegt im Bett mit beiden Händen oben an den beiden Bettpfosten sich haltend. Heiterer, aber alienirter Gesichtsausdruck. Starker Redetrieb: „Sie sind ein bekehrter Römer biatangra, Sie sind der Herr Doctor, biatangra, Sie haben sich von dem Erzpriester firmen lassen biatangra, um gegen Deutschland zu kämpfen biatangra . ." Es kommen noch andere fremde Laute (keiner Sprache angehörig) vor. (Es macht nicht den Eindruck, als wenn diese Laute irgend eine Bedeutung für den Patienten hätten, sondern sie werden anscheinend ganz unwillkürlich hervorgesprudelt.)

17. November. 4 g Amylenhydrat: 5 Stunden Schlaf. Liegt mit heiterem Gesicht im Bett, fortwährend ideenflüchtig sprechend, zu schnell für's Notiren. „. . weil ich blind war mit sehenden Augen" — — „Riesengeschlecht der Könige" — — „Heerbann eines unschuldigen Volkes" sind Fragmente aus seinen Reden. Es kehrt mit grosser Hartnäckigkeit das Wort oder der Laut: „Siagrotsche" (?) wieder. Gefragt was das sei, weshalb er das sage, sagt er: „Da muss ich mich erst besinnen, weil ich stumm war damals und den Teufel ausgetrieben habe . ." Wiederholt diesen Satz mehrfach.

18. November. Wurde gestern Abend so laut, dass er isolirt werden musste; zerriss Nachts Decke und Strohsack. Giebt heute nicht die Hand. Spricht andauernd wirr, viele Laute vorbringend und mit vielfältiger Wortwiederholung.

Die vorstehend wiedergegebenen ausführlichen Journalnotizen werden hoffentlich ausreichen, um ein einigermaassen getreues Bild von dem Zu-

stande des Patienten und seiner Aeusserungsweise zu geben. Der Weiterverlauf des Falles war kurz folgender: Die maniakalische Erregung steigerte sich in der nächsten Zeit noch erheblich, die Redesucht dauerte an, der Inhalt wurde womöglich noch wirrer, abgerissener. Soweit er indess verständlich blieb, fiel immer wieder die pathetische Färbung der Sätze und eine hartnäckige Wiederholung derselben auf. Die Sätze: „ich habe für König und Vaterland gekämpft". „Den Riesen Goliath besiegt", „ich bin der verlorene Sohn" und andere mehr kehrten noch nach Monaten wieder. Besonders bemerkenswerth erscheint, dass wiederholt in dieses Zustandsbild halbe Tage interponirt waren, während welcher Patient ein ganz verändertes, dem Stupor oder der Attonität, wie man es nun bezeichnen will, entsprechendes Verhalten zeigte. Der Körper und die Gesichtszüge blieben dann in starrer Ruhe, die mimische Muskulatur war gespannt. Der Kranke sprach weder spontan noch auf Anrede ein Wort und die Extremitäten leisteten bei dem Versuche, ihre Lage passiv zu ändern, zunächst einen mässigen Widerstand, welcher indess bald überwunden werden konnte. Es gelang dann unschwer, dem Patienten selbst unbequeme Positionen aufzunöthigen, in welchen er meist längere Zeit verharrte.

Mitte März 1888 trat ein Nachlass der Krankheitserscheinungen ein, der allmählich in die Genesung überleitete. Von Ende Mai ab konnte er sich dauernd in der Abtheilung der ruhigen Kranken aufhalten und beschäftigte sich in geordneter Weise. Eine Neigung zu paranoischer Ausdeutung der durchlebten Krankheitsphase hat Pat. niemals auch nur andeutungsweise hervortreten lassen. Vielmehr zeigte er eine gute Krankheitseinsicht. Die Erinnerung blieb jedoch eine lückenhafte. Hervorhebenswerth scheint mir zu sein, dass Pat. auch nachträglich mit vollster Bestimmtheit das Bestehen irgend welcher Hallucinationen während der Erregungszeit in Abrede stellte, während er für die vorausgegangene Depressionszeit Gehörstäuschungen einräumte. Am 28. December 1888 wurde Pat. als geheilt beurlaubt, nachdem er durch über 6 Monate — ausser einem geringgradigen Intelligenzdefect — Krankheitszeichen nicht hatte erkennen lassen.

So verlockend es auch wäre, an die vorstehend mitgetheilte Krankengeschichte einige epikritische Bemerkungen anzuknüpfen, so sehr der Fall auch geeignet ist darzuthun, dass die klinische Auffassung der Psychosen nur auf demselben Wege gefördert werden kann wie diejenige der im engeren Sinne körperlichen Krankheiten, nämlich durch analytische Zerlegung der Zustandsbilder in distincte Symptome, nicht aber durch psychologische Gemälde, welche womöglich den ganzen Gemüths- und Geisteszustand ein-

heitlich zu umfassen und zu erklären streben, — so muss ich doch an dieser Stelle von eingehenderen Ausführungen Abstand nehmen. Hier kommt es nur darauf an zu constatiren, dass eine Theilerscheinung des geschilderten Zustandsbildes in einer hartnäckigen Wort- und Satzwiederholung besteht, und dass dieselbe als eine nicht sinngemässe bezeichnet werden muss, für welche psychologische Motive nicht gefunden werden können. Dieselbe erscheint vielmehr als eine durchaus ungewollte und unfreiwillige Leistung des Patienten, ebenso wie die Ideenflucht, und imponirt somit als der Ausdruck einer eigenthümlichen, pathologischen Störung des Vorstellungsverlaufes, beziehungsweise der Fähigkeit, die Vorstellungen sprachlich zu äussern. — Interessant ist es, in diesem Falle das erste Auftreten der Verbigeration zu verfolgen. Vom 24. bis 29. October zeigte sich eine allgemeine geistige und gemüthliche Beunruhigung des Patienten. Eine gewisse Wichtigthuerei in seinem Verhalten, die gedrechselte Abfassung von Stylproben, die phrasenhafte Art zu sprechen kennzeichneten dabei wohl schon den Beginn der später so deutlich entwickelten paibetischen Stimmungsfarbe. Am 29. October nun traten zum ersten Male und plötzlich [1]) krankhafte Erscheinungen in der Sphäre der willkürlichen Bewegungen hervor: spontane starre Gliederhaltung und dabei abnorme Nachgiebigkeit gegenüber passiven Stellungsänderungen. Bis kurz zuvor hatte Pat. geschrieben, und es ist gewiss bemerkenswerth, dass er an diesem Tage nur eine Leistung zu Stande gebracht hat, welche als schriftliche Verbigeration aufgefasst werden muss. Pat. hatte nämlich ein an einem früheren Tage abgefasstes Schriftstück vor sich liegen und hat nun den Raum, welcher zwischen den Zeilen frei geblieben war, und zum Theil auch den leeren Rand mit sich fortwährend wiederholenden Schriftzeichen, die entweder dem deutschen „m" oder „e" entsprechen oder doch Anfangslinien dieser Buchstaben darstellen, ausgefüllt.

Die Reihe paradigmatischer Beispiele von Verbigeration möge der nachstehende Brief einer leider vor charakteristischer Ausge-

[1]) Da erfahrungsgemäss Visionen häufig zu ähnlichen ekstatischen Zuständen in Beziehung stehen, so wurde danach geforscht; es hat sich aber in unserem Falle auch nachträglich nichts ergeben, was eine solche Annahme bestätigt hätte.

staltung des Krankheitsbildes der hiesigen Beobachtung entzogenen Kranken Auguste G. vor der Hand abschliessen. Einige weitere casuistische Belege werden im Verlaufe der Erörterungen noch eingeschaltet werden müssen. Im Uebrigen verweise ich auf eine Reihe von zum Theil gut entwickelten Fällen, welche ich in meiner Abhandlung über die Katatonie publicirt habe. (L. cit. pag. 21; pag. 29; pag. 34; pag. 39; pag. 51; pag. 70 ff.)

Der Brief lautet getreu copirt:

L. b den 8. April 1888.

Herzlich geliebte Eltern und liebe Schwester!

Die Geburtstagskarte habe ich erhalten, und ich habe mich sehr gefreut, dass Ihr meiner auch jetzt noch nicht vergessen habt, ich sage Euch meinen besten Dank. Liebe Eltern, wenn Ihr es mit mir noch etwas gut meint, so seid so gut und nehmt mich zu Hause, ich bleibe hier nicht mehr länger, liebe Eltern, mit meiner Gesundheit wird es Tag für Tag immer ~~sehl~~ besser, und ich hoffe doch von Euch dasselbe, dass Ihr auch gesund und munter seid. Liebe Eltern und liebe Schwester, seid doch so freundlich und schreibt mir bald Antwort. Wenn ich noch soll hier bleiben, so bitte ich Euch um meine Handgelenker, ich muss hier sonst erfrieren, seid so gut um ein ordentliches Kleid und um ein neues Gesangbuch, ich möchte gern einmal in die Kirche gehn, liebe Eltern mit mir wird es hier nicht besser wenn Ihr mich nicht besser denn ich bekomme lauter Gift ein wenn hallwege noch etwas Gift ist da giebt mirs der Herr Doctor dass ich nur möchte bald weg sein, ich gönne ja allen das Vergnügen in Gottes Namen ich bekomme weiter nichts wie immerfort Gift und weiter nichts wie lauter Gift es ist ja schrecklich ich bekomme weiter nichts wie lauter Giftigeszeug und es ist schrecklich wenn der Herr Doctor noch etwas Gift hat da werde ich es schon bekommen ich kriege weiter nichts als Gift ich bekomme weiter nichts wie Giftigeszeug der Herr Doctor ist blos Schuld dass ich immerfort solches zeug bekomme wenn ich auch nicht darf in die Kirche gehn das ist schon Gift für mich denn ich bin immer fleissig in die Kirche gegangen und ich bekomme weiter nichts wie lauter Gift wenn ich nicht darf einmal in die Kirche gehn und wenn noch etwas Gift ist da kriege ich lauter Giftigeszeug und der Herr Doctor giebt mir halt blos Giftigeszeug wie kann es da mit einem Menschen besser werden es schadet aber nichts der hat es zu verantworten und der Herr Director ist auch mit schuld dass ich nicht einmal darf in die Kirche gehn und der ist blos schuld der wird mich schnell vollends auf den Kirchhof bringen zu was ist er denn da wenn er sich nicht bekümmert mir geht es sehr schlimmer und wenn ich blos dürfte einmal in die Kirche gehn ich habe ja ordentliche Kleider und alles durch das wird mir alles zu schanden und ich bekomme weiter nichts wie Giftigeszeug hier mit einem Wort

wenn der Herr Doctor noch etwas Giftigeszeug hat da bekomme ich es. Ich bekomme vom frühen Morgen bis in den späten Abend lauter Gift und wenn der Herr Doctor noch ein einziges Tröpfchen Gift hat so bekomme ich's die Frau S. (Name der Oberwärterin) die ist auch nicht besser denn die wird den schon haben aufgehetzt dass ich blos Giftigeszeug bekomme wenn es nicht wahr ist können sie sehen können es schadet nichts der Herr Doctor hat es zu verantworten wenn ich blos nicht in die Kirche gehn doppelt Gift doppelt Gift viele Grüsse an alle verwandte und bekannte und Eltern und die liebe Schwester Auguste G.

Darunter ist geschrieben: „doppelt, doppelt und noch einmal doppelt und noch einmal Gift." — Am freien Rande der vierten Briefseite steht: „doppelt doppelt doppelt doppelt Giftigeszeug"; am freien Rande der dritten Seite: „wenn der Herr Doctor noch etwas Gift hat da kriege ich Gift doppelt doppelt Giftigzeug und weiter nichts"; am Rande der zweiten Seite: „doppelt doppelt doppelt doppelt ich bekomme einmal nichts ordentliches mich mit einem Worte kurz und gut"; am Rande der ersten Seite: „ich habe noch nicht weiter bekommen als doppelt Gift.

Wie schon aus diesen wenigen Beispielen erhellt, sind die psychischen Zustandsbilder, bei welchen das Symptom der Verbigeration zur Beobachtung gelangt, sehr verschiedenartige. Es kommt in besonders guter Entwicklung und nicht zu selten in den sogenannten Attonitätszuständen zur Beobachtung; es kommt ferner bei maniakalischen Erregungszuständen vor, welche dann freilich in der Regel noch anderweitige Besonderheiten aufweisen, und wir finden es ebenfalls in Zuständen von depressiver Färbung. Was jedoch die ganzen Krankheitsprocesse betrifft, denen die betreffenden Zustandsbilder zugehören, so haben, wie ich in Uebereinstimmung mit *Kahlbaum* constatiren muss, alle mir bisher klinisch und aus der Literatur bekannt gewordenen Fälle eine gemeinsame Eigenthümlichkeit dargeboten, welche nicht für bedeutungslos erachtet werden kann, falls sie von der weiteren Erfahrung bestätigt wird. Stets nämlich sind im Laufe derselben Krankheit noch anderweitige pathologische Erscheinungen in der motorischen Sphäre zu Tage getreten, und zwar Zustände einer mehr oder weniger ausgeprägten, bald mehr allgemeinen bald mehr partiellen musculären Gebundenheit, motorische Hemmungszustände von den an Dauer und Intensität leichtesten Graden bis zur schwersten Attonität mit den bekannten Erscheinungen der hochgradigsten Muskelanspannung in Abwechslung mit kataleptischer Biegsamkeit. Ja, die Beziehung zwischen den erwähnten symptomatischen Er-

scheinungen erscheint als eine so wenig zufällige, dass es unter noch näher zu kennzeichnenden Umständen mit grosser Wahrscheinlichkeit möglich wird, aus dem Auftreten der Verbigeration — wenn auch nicht aus diesem Symptome allein — den Eintritt eines Attonitätszustandes zu prognosticiren.

Es sei hier ausdrücklich hervorgehoben, dass diese Darlegungen, in welchen der Versuch gemacht werden soll, das Symptom der Verbigeration etwas genauer descriptiv zu fixiren, die Frage der Katatonie in keiner Weise direct berühren [1]). Mag man über den Werth einer eventuellen Krankheitsform der Katatonie denken, wie man will, mag man die Katatonie für eine selbständige Krankheitsform halten oder nur wie Viele [2]) der Meinung sein, dass im Verlaufe mannigfacher Krankheitsprocesse sogenannte „katatonische Erscheinungen" vorkommen können, — immerhin wird es von jedem Standpunkte aus wünschenswerth sein, zu wissen, in welchen Combinationen ein Symptom sich vorzufinden pflegt, und ob man aus seinem Auftreten bei einem Geisteskranken unter Umständen weitere Schlüsse auf Verlauf und anderweitige Symptomatologie ziehen darf.

Wenn wir nun das ganze Gebiet der Psychosen in Bezug auf das Vorkommen von Verbigeration oder verbigerationsähnlichen Erscheinungen einer summarischen Musterung unterziehen, so können wir folgende Ergebnisse verzeichnen:

Im Verlaufe einer reinen melancholischen Dysthymie, sowie im Verlaufe einer reinen maniakalischen Dysthymie, wobei ich zunächst die freilich etwas eng gezogenen Abgrenzungen im Auge

[1]) Ebenso wenig wie Jemand, welcher etwa darauf aufmerksam machen würde, dass eine eigenartige Pronunciationsstörung, das Silbenstolpern, sich in der Regel bei Kranken findet, welche im Laufe desselben Krankheitsprocesses noch anderweitige ataktische oder Lähmungserscheinungen aufweisen und nun, um eine allgemeinere Verständigung herbeizuführen, sich bemühen würde, das Silbenstolpern von anderen ähnlichen Erscheinungen: dem Stottern, dem Stammeln u. s. w. klinisch-descriptiv abzugrenzen, damit irgendwie gezwungen ist, der Frage näher zu treten, ob die paralytische Seelenstörung als eine einheitliche selbständige Krankheit aufzufassen sei oder nicht.

[2]) Man beachte namentlich den jüngst erschienenen und durch eine sehr objectiv gehaltene Literaturangabe ausgezeichneten Aufsatz von *Séglas* und *Chaslin* (Arch. de Neurolog. 1888 Nr. 44—46).

habe, wie sie von *Tiling*[1]) und in der Dissertation von *v. Radecki*[2]) gegeben sind, kommt das Symptom der Verbigeration oder ein Symptom, das mit der Verbigeration durch äussere Aehnlichkeit verwechselt werden könnte, nicht vor; ebensowenig bei den Cyklothymien, die zeitlebens zwischen einem melancholisch- und einem maniakalisch dysthymischen Zustande wechseln; auch nicht ferner bei den chronischen und periodischen Manien mit ihrem ausgeprägt räsonnirenden Charakter und endlich auch nicht bei der primären uncomplicirten Paranoia, deren typisches Bild aus hypochondrischen Zügen, Beachtungs-, Verfolgungs- und Grössenwahn sich zusammensetzt.

Anlass zu differential-diagnostischen Erwägungen geben in erster Linie gewisse bei Paranoikern auftretende Erscheinungen, ferner einige noch näher zu kennzeichnende depressive Zustandsbilder und bestimmte Formen von acuter hallucinatorischer Verworrenheit, sodann verschiedene Schwachsinnszustände, unter diesen vornehmlich die hebephrenen, und endlich die progressive Paralyse.

Was zunächst die paranoischen Zustände anbelangt, so kommen selbstverständlich Wortwiederholungen, welche von den Kranken mit vollem Bewusstsein, in motivirter Absichtlichkeit vorgebracht werden, hier gar nicht in Frage. Der wahnhaften Gedankengänge, welche unter Umständen zu solchem Gebahren führen können, giebt es so viele — es herrscht hier im Einzelnen naturgemäss eine der Anzahl erkrankter Individuen entsprechende Vielgestaltigkeit —, dass eine Anführung von zahlreichen Beispielen zwecklos wäre. Ich beschränke mich auf die Mittheilung eines von *Morel* beobachteten Falles[3]), in welchem die Wortwiederholung als Ausfluss hypochondrischer Verstimmung erschien:

„Eine Dame wiederholte in der Furcht, die Sprache zu verlieren, oft längere Zeit fort dasselbe Wort, dieselbe Phrase, wie sie zu anderen Zeiten ihren Arm in dieser oder jener Richtung bewegte, aus Furcht, sie könne seines Gebrauchs beraubt werden."

---

[1]) „Ueber Dysthymia und die offenen Kuranstalten." Jahrbücher für Psychiatrie Bd. I, 1879, pag. 171 ff. und „Kommt Manie als selbständige Krankheitsform vor?" ibidem Bd. V, 1884, pag. 159 ff.

[2]) „Ein Beitrag zur schärferen Begriffsbestimmung der Manie." Inaug.-Diss. Dorpat 1885.

[3]) Citirt nach *Kussmaul*, die Störungen der Sprache 1877, p. 215.

Im Uebrigen sei nur kurz darauf hingewiesen, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle, in denen aus paranoischen Motiven hartnäckige Wort- oder Satzwiederholungen producirt werden, um Kranke handelt, welche in religiösen Wahnvorstellungen befangen sind. In allen solchen Fällen dürfte bei einer einigermaassen sorgfältigen Analyse des Krankheitszustandes ein Irrthum ausgeschlossen sein. Besonders hervorzuheben wäre höchstens noch der seltene Fall, dass Paranoiker auf Grund von irgend welchen Wahnvorstellungen sich dazu verurtheilt glauben, nur einige wenige bestimmte Worte oder Laute aussprechen zu dürfen. Diese, die nunmehr ihr einziges Sprachmaterial bilden, werden andauernd von ihnen wiederholt. Indem sie sich aber doch zu verständigen suchen, moduliren sie diese Laute möglichst ausdrucksvoll und begleiten sie auch mit entsprechenden pantomimischen Gesten, wodurch schon äusserlich ein ganz anderes Bild wie bei der Verbigeration zu Tage tritt.

Eine weitere, auch nur oberflächliche Aehnlichkeit mit Verbigeration kann unter Umständen durch das Verhalten von chronischen Hallucinanten erzeugt werden. Es kommt nämlich vor, dass Kranke, welche unter der Herrschaft von Gehörstäuschungen stehen und sich auch ihrerseits denselben völlig hingeben, die Pausen in den hallucinatorischen Kundgebungen dadurch ausfüllen, dass sie die zuletzt vernommenen Worte wiederholen, in ähnlicher Weise wie etwa Jemand beim Dictat die letzten Worte wiederholt. In einzelnen Fällen kann diese Art von manchmal recht hartnäckig fortgesetzter Wortwiederholung etwas sehr Frappirendes haben und das Symptom der Verbigeration vortäuschen. Wenn man jedoch einmal hiervon ein deutliches Beispiel gesehen hat, in welchem das Zustandekommen der eigenthümlichen Aeusserungsweise klar ersichtlich war, so wird dieselbe in neuen Fällen leicht wiederzuerkennen sein, zumal die betreffenden Hallucinanten in Physiognomie und Haltung in der Regel den Eindruck angespanntester Aufmerksamkeit machen. Das geschilderte Verhalten scheint namentlich dann aufzutreten, wenn Hallucinationen imperativen Charakters bei einem Erregungszustande vorherrschen. Ein in hiesiger Anstalt befindlicher chronischer Paranoikus, welcher zeitweise einem lebhaften Antriebe zum Sprechen unterlag und dann durch die vielen Satzwiederholungen auffällig wurde, gab selbst hierfür die mit dem

objectiven Eindruck durchaus übereinstimmende Erklärung ab, dass er abwarten müsse, was der „Führer" (so bezeichnete er die innere Stimme) sagen werde.

Die Erwähnung des letzten Beispieles führt uns zu der wichtigeren und schwierigeren differential-diagnostischen Erörterung zwischen der Verbigeration und anderen Formen krankhaften Sprechens, wie solche nicht zu selten bei Paranoikern vorkommen. Unter den mannigfachen und eigenthümlichen Zwangsbewegungen, denen Viele dieser Kranken unterliegen, nehmen die der Willkür entzogenen oder sogar gegen den Willen der Patienten auftretenden Sprachinnervationen eine hervorragende Stelle ein. Ich spreche hier nur von denjenigen Innervationen, welche zu wirklich wahrnehmbaren Aeusserungen führen. Alle möglichen Varianten in der Art des Redens kommen hierbei zur Beobachtung. Manchmal wird der gewöhnliche Stimmcharakter des Patienten beibehalten, in anderen Fällen erfolgt eine willkürlich kaum zu leistende, jäh beschleunigte profuse Wortergiessung, „ein rasches mechanisches Plappern, etwas ähnliches dem Schnarren eines Weckers, der plötzlich losgegangen ist und nun blindlings weiter schnarrt, bis die Feder sich ganz abgewunden hat"[1]), in wieder anderen Fällen ertönen gesangähnliche Modulationen, nicht selten vom Charakter kirchlicher Gesänge, und so fort. Ebenso wechselnd ist der Inhalt dieser zwangsmässigen Productionen. Für uns kommt nur der eine, freilich relativ selten beobachtete Fall in Betracht, dass die Reizwirkung durch längere Zeit hindurch eine ganz gleichförmige, monotone bleibt und der Patient somit durch Stunden oder Tage hindurch dasselbe Wort oder dieselben Laute zwangsmässig hervorbringt. Das einschlägige kasuistische Material, welches in der Literatur zur Verfügung steht, ist ein so spärliches, dass es angezeigt sein dürfte, einen weiteren Fall vorzuführen. Derselbe darf zwar um seiner Absonderlichkeiten willen in mehrfacher Beziehung als interessant gelten, hier soll derselbe jedoch nur bruchstückweise wegen der eigenthümlichen Zwangsäusserungen mitgetheilt werden.

Wladislaus K., cand. phil., bei seiner Aufnahme in die hiesige Anstalt (18. März 1887) 30 Jahre alt, erblich angeblich nicht belastet, hat

[1]) *Kandinsky*, Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen. Berlin 1885. pag. 115.

schon zeitig nach eigener Aussage onanirt, als Primaner eine venerische Infection (anscheinend Ulcus molle) acquirirt. In seinem 20. Lebensjahre, als Primaner, wurde er geisteskrank und von Ende Juni bis Anfang September 1877 auf der Irrenabtheilung des Allerheiligenhospitals zu Breslau behandelt. Sein Zustand besserte sich so weit, dass er das Abiturientenexamen machen und die Universitätsstudien beginnen konnte. Nach eigener glaubwürdiger Aussage ist er aber in der Zwischenzeit nie mehr ganz frei von Gehörstäuschungen gewesen, indessen vermochte er doch sich andauernd zu beschäftigen, ertheilte Privatunterricht und galt für gesund. Er lebte zuletzt bei seinem Bruder in Ratibor und studirte privatim fort, ohne sich zur Meldung für die nöthigen Prüfungen entschliessen zu können. Der Bericht des Kgl. Kreisphysikus vom 28. Februar 1887 fährt nun fort: „Er war in dieser Zeit still, ging wenig aus und kümmerte sich wenig um sein Geschick, sondern verliess sich, wie er oft sagte, auf einen Glücksfall. Vor zwei Monaten wurde Pat. unruhig und seitdem spricht er unzählig oft am Tage, ohne jede Rücksicht auf Ort und Umgebung die Worte aus: „Strohkopf rufen, Moses rufen, Schweinhund rufen!“ Wird er hierbei angesprochen, so nimmt er die Unterhaltung sofort ganz verständig auf, und dann hört, wie er selbst sagt, die Nöthigung, jene Worte zu sprechen, auf, um sofort wieder zu erscheinen, wenn das Gespräch ein Ende hat.“

Am 18. März 1887 wurde er in hiesige Anstalt aufgenommen; bei dieser Gelegenheit notirte ich Folgendes: „Pat., in Kleidung und Haltung standesgemäss, spricht laut vor sich hin: „Drehlade, Drehlade, Drehlade, Moses, Moses, Drehlade, Schafkopf.“ (Sind Sie der Kranke?) „Ja, Drehlade, Drehlade, Schweinhund.“ (Wissen Sie, wo Sie sich befinden?) „Ja Moses Moses Drehlade.“ (Ist Ihnen selbst bewusst, dass Sie geisteskrank sind?) „Nun, nicht eigentlich. Drehlade, Moses, Moses, Moses.“ (Wieso mögen Andere diese Ansicht gewonnen haben?) lächelnd: „Weil ich manchmal etwas laut spreche!“ (Weshalb sagen Sie die Worte?) „Weil ich muss, Drehlade Drehlade, Moses, Moses, Schafskopf.“ (Das ist Ihnen wohl eine grosse Qual?) „Bis zu einem gewissen Grade störend ist es, weil ich nicht ausgehen kann.“ (Drängen sich Ihnen die Worte so auf?) „Ja Moses Moses.“ (Können Sie sich erklären, wie das zugeht?) „Das muss wohl mit elementarer Naturgewalt sein.“

Geht willig unter beständigem Vociferiren auf die Abtheilung. Die Worte wurden affectlos, ununterbrochen hervorgebracht. Es gelang nur durch die Anreden, ihn vorübergehend zu unterbrechen. Das Sprechen des Pat. schien mühelos zu erfolgen. Der Transporteur des Kranken fügt noch hinzu, dass das Sprechen den ganzen Tag über angehalten habe, manchmal seien auch die Worte: Rindsvieh, Schweinhund, Schafkopf vorgekommen, mitunter habe er auch in gurgelnden Lauten aufgeschrieen. — Aus dem von mir geführten Krankenjournale sei Folgendes mitgetheilt:

18. März 1887. Bei der Abendvisite kommt K. dem Arzte verbindlich entgegen, dabei unausgesetzt in derselben Weise wie bei der Aufnahme

„Drehlade Drehlade“ rufend. Auf die Frage, ob es ihm unangenehm sei, sich in eine Unterhaltung einzulassen, erwidert er: im Gegentheil, es sei ihm sehr lieb, wenn er von seinen „Stimmen“ abgezogen werde. Er giebt nochmals, wie schon am Nachmittage, an, dass er, ohne zum Sprechen veranlasst zu werden, die unwillkürlichen Ausrufe nicht unterdrücken könne. Auf die Aufforderung, sich einen Moment recht energisch dagegen zu wehren, schweigt er einen Augenblick still, um dann um so lauter: „Moses Moses Moses“ zu rufen. Er erzählt nun — immer auf Befragen —, dass der Zustand schon mehrere Wochen anhalte, und dass es mit dem Worte „Schweinhund“ begonnen habe. Dies sei ihm nicht während einer Unterhaltung oder während des Sprechens überhaupt entfahren, sondern während er ganz allein — es war an einem Vormittage — zu Hause gewesen war. Anfangs seien die Ausrufe ununterbrochen aufgetreten, danach habe es nachgelassen; durch etwa acht Tage hindurch hätte es jeden Abend, nicht immer genau um dieselbe Zeit, aber doch etwa zwischen ½8 und 9 Uhr aufgehört und bis zum nächsten Morgen pausirt. Er habe geglaubt, dass dies vielleicht durch Medicin bewirkt worden sei. Die Frage, ob er solche genommen habe, und ob er überhaupt ärztlich behandelt worden sei, verneint er; es könne ihm ja aber vielleicht ohne sein Wissen von den Angehörigen Medicin bei der Mahlzeit verabreicht worden sein! Die Frage, ob er beim Beginne dieser Erscheinung dadurch beängstigt oder erregt worden sei, wird verneint. Ueber seinen früheren Aufenthalt in der Irrenanstalt (Breslau) sagt er aus, dass er sich auf denselben wohl erinnern könne. Er habe sich mit Todesgedanken getragen, er habe immerfort Stimmen gehört, welche ihm sagten, dass er sterben müsse. Anfangs sei er darüber sehr aufgeregt gewesen, war auch schlaflos, später sei es ihm klar geworden, dass das eigentlich gar keine Stimmen seien, sondern dass das von seinem Inneren ausgehe. Er sei von Herrn Professor *Neumann* als genesen entlassen worden, und auf dem Zettel habe „Mania“ gestanden. Er sei aber die Stimmen eigentlich nie ganz losgeworden, und erst jetzt seien sie durch die neuen Stimmen, die aber etwas ganz anderes seien, verdrängt worden. Wieso er dazu kommt, diese zwangsmässigen Ausrufe, die er jetzt hat, auch als Stimmen zu bezeichnen, darüber ist von dem Pat., welcher offenbar eine sehr wenig entwickelte Selbstbeobachtungsgabe besitzt, eine befriedigende Angabe nicht zu erzielen. Er sagt dann noch weiter aus, diese Ausrufe kämen „wie durch eine Art Naturgewalt“, „wie wenn der Körper gewissermaassen zu eng wäre, und das käme dann nothgedrungen zum Vorschein“. „Anfangs habe er geglaubt, dass es Worte seien, denn es höre sich ja an wie Worte: Moses, Schafskopf etc.; er sei aber zu dem Resultat gekommen, dass es blos Laute seien. (Wenn ich ihn recht verstanden habe, so wollte er damit sagen, er könne sie nicht für Worte ansehen, weil mit diesen doch ein Sinn verbunden sei, der ihm fern liege, und deshalb könne er sie nur als Laute gelten lassen.) Sie seien niemals das Resultat einer Ueberlegung, so wie wenn man etwas

anderes sage, und er bemerke auch keinerlei Zusammenhang mit seinen sonstigen Gedankengängen. Beim lauten Lesen kommen (nach seiner Angabe, geprüft ist es noch nicht) die Worte nicht vor; wenn er aber leise lese, so komme es häufig vor, dass er die Worte, welche er liest, auch laut aussprechen müsse; ebenso gehe es ihm auch manchmal beim Schreiben, dass er die Worte, welche er schreibe, laut sagen müsse.

Pat. ist ein ziemlich grosser proportionirt gebauter Mensch; das Gesicht wie der ganze Schädel symmetrisch gebaut. Die Augenlidspalten werden durch Runzeln der darüber liegenden Musculatur ein wenig verengt, wie dies Myopen zu thun pflegen. Pupillen ungleich weit, die linke erheblich weiter als die rechte und auch absolut sehr weit; die linke reagirt sehr gut auf Lichteinfall. Die rechte ist mittelweit, ihre Reaction ist träger. Geringer Strabismus convergens. Zunge wird exact und geradlinig vorgestreckt. Uebrige Organe ohne Anomalien. Das Gesicht des Pat. sieht congestionirt aus; die Innervation der mimischen Musculatur erscheint, abgesehen von einem leichten Vibriren des rechten Nasenflügels beim Sprechen, normal. Weder in Haltung oder Gebärde noch im Sprechen tritt ein Affect oder sonst etwas Auffälliges hervor. Doch sieht Pat. den Fragenden in der Unterhaltung häufig nicht an. Er macht im Allgemeinen einen besonnenen, aber nur mässig intelligenten Eindruck. Frappirend erscheint die vollkommene Gleichgültigkeit, mit welcher Pat. die Störung erträgt. Die geschilderten Ausrufe erfolgen schnell hinter einander, stossweise und in verschieden modulirten Tonlagen. Diesen letzteren Umstand führt Pat. nur auf die verschiedene Intensität zurück, mit der er zu schreien genöthigt werde. Auch diese Modulation sei von der Willkür unabhängig. — Gleich nach Beendigung der Exploration, während welcher ein Nachlass der Rufe eingetreten war, begannen dieselben, noch im Nebenzimmer hörbar, von Neuem.

19. März. Auf 5 g Paraldehyd ist er bald eingeschlafen und hat bis früh 5 Uhr ununterbrochen geschlafen. Von da ab begannen alsbald die Zwangsrufe. Mit den bisher gehörten Worten wechselte der Laut: „brrrr"! Bei der Exploration Vormittags schrie Pat. ununterbrochen. Aufgefordert damit aufzuhören, gelang ihm die Unterdrückung weit weniger gut als gestern. Es schien im Gegentheil Erfolg dieses Bestrebens zu sein, dass er jetzt zwar leiser, aber viel schneller hinter einander sprach, sodass es nicht mehr zu einer völligen Aussprache der Wörter kam; vielmehr machte es jetzt viel eher als sonst den Eindruck von Lauten, zumal einige unarticulirte Gurgeltöne hin und wieder interponirt wurden: „Moses, Mos, Mos, Mossss', M, Mmmm, Moses . . Guglkk, Moses . . .". Auch die Gurgeltöne schienen nicht das Resultat articulatorischer Schwierigkeiten zu sein, sondern wurden ebenfalls anscheinend ganz ohne Bemühen, namentlich ohne grimassirende Mitbewegungen hervorgebracht.

Abends: Aus dem Vorzimmer des Wachsaales war nichts von Rufen zu hören. Pat. gab auch an, eine kleine Pause gehabt zu haben. Sogleich

begann er jedoch von Neuem zu rufen, doch zuerst viel leiser als früher, zunächst etwa zehnmal Moses und Schafskopf, dann kam vielleicht zwanzigmal hinter einander der Laut „Pst! Pst! Pst! . . .“, sodann wieder und allmählich lauter werdend und in verschiedenartiger Modulation die gewöhnlichen Rufe. — Bezüglich der Stimmen, welche er bis zu Beginn seines jetzigen Leidens und namentlich während seiner ersten Krankheitszeit gehört haben will, ist er nicht im Stande präcise und verwerthbare Angaben zu machen. Jedoch liess sich feststellen, 1) dass sie auch jetzt noch nicht ganz verschwunden, sondern blos, wie er sagt, „quantitativ und qualitativ an Intensität“ abgeschwächt seien; 2) dass er sie gleichmässig mit beiden Ohren gehört habe; 3) dass der Inhalt sich immer auf seinen Tod bezog und endlich, dass er damals, „als er noch nicht die Herrschaft über dieselben erlangt hatte“, genöthigt war, stundenlang und sehr häufig auszurufen: „K. ist todt, K. ist todt“. (Es scheint sonach, dass ein ähnlicher Zustand wie jetzt obgewaltet habe.) — Seine Erzählungen über sich und seine Krankheit sind auch heute frei von jedem Affect.

20. März. Die Nacht war wieder gut. Die Rufe erfolgen unverändert, nur etwas leiser. Im Uebrigen zeigt Pat. ein verbindliches und bescheidenes Verhalten. Auf Aufforderung las er einige Sätze aus dem ihm gegebenen Unterhaltungsbuche vor, ohne Störung. Als er dann für sich leise weiter las, ertönten nach kurzer Zeit wieder einige Male die Rufe: Moses, Moses. Die Worte, welche er gerade las, sprach er jetzt nicht laut, gab aber von Neuem an, dass dies sonst öfter vorgekommen sei. Ferner erwähnte er, dass zur Zeit seiner früheren Erkrankung er eine Zeit lang immer das, was er gerade gelesen habe, gleichzeitig auch gehört habe; er meint, nicht vorher oder nachher, sondern gleichzeitig. Dies sei ihm damals so lästig gewesen, dass er das Lesen bald aufgegeben habe.

21. März. Wieder gut geschlafen. Ist zufrieden mit seinem Befinden. Nur noch zeitweise laut, halbe Stunden lange Pausen. Die Worte sind oft nicht mehr zu erkennen. Sagt jetzt z. B.: „Drehlamos, Drehlamos, Drehlamos, mos, mos, Pst, Pst . . .“, plötzlich auch wieder einmal ganz laut: Schweinhund.

22. März. Wieder etwas abgeschwächt und mit grösserem Wechsel in den Lauten; zeitweise auch blos ein exspiratorisches Summen: ssss . .

24. März. „Mos mos mos Drehla Put Put Put tö tö tö tö . . . Pst pst, pst brrr hurr hurr mos bisch bisch . . .“; als er nach kurzer Weile im Garten dem Arzte wieder begegnete: „dittiti, dittiti, puzius, puzius, Drehlade . . .“ Die Rufe erfolgen nur halblaut. — Für gewöhnlich, spontan, wendet er, nach eigenem Zugeständniss, keine Mühe an, die Rufe zu unterdrücken. Für sein subjectives Empfinden sei es ganz gleichgültig, welche Laute er hervorstosse.

23. März. Pat. steht, wie meistens, im Vorzimmer des Wachsaals und verneigt sich höflich beim Eintritt des Arztes. Lispelt leise verschiedene Laute. Gefragt, warum er nicht in das Nebenzimmer gehen und sich

setzen wolle, erwidert er: „Das darf ich mir wohl nicht erlauben!“ (Warum nicht?) „Ich weiss, dass ich mich bei hohen Herrschaften befinde.“ — Nach weiterem Befragen, während dessen sich seine Wangen rötheten und die Lippen unruhig zuckten, erwiderte er: „ich glaube eben, dass ich bei Königen bin.“ (Sie wissen, wie dieser Ort heisst?) „Es wurde gesagt, Kloster Leubus“. (Sie wissen auch, dass das kein Kloster mehr ist, sondern eine Irrenanstalt? „Ja wohl.“) (Wofür halten Sie mich?) „Ich glaube, dass Herr Doctor auch eine hohe Persönlichkeit sind.“ (Und wie sollten Sie in diese erlauchte Gesellschaft kommen?) „Ich glaube zu wissen, dass ich ebenfalls fürstlicher Abstammung bin.“ Er entwickelt nun ein ungeheuerliches, in seinen Zusammenhängen schwer zu verfolgendes Wahnsystem, aus welchem ich hier nur Folgendes herausheben will. Er sei der Sohn des Kaisers von Russland, des Vaters des jetzt regierenden; derselbe sei gar nicht gestorben; das sei blos so veranstaltet worden, er sei nur scheintodt gewesen und lebe unter anderem Namen weiter, und zwar glaube er, dass jener sich unter dem Namen „Dirbach“ (?) hier in Leubus aufhalte. Er habe kein Recht über alle diese Dinge, die ja zum Theil blos in seiner Combination beruhten und die ihm erst vor kurzer Zeit bewusst geworden seien, zu reden und er bitte um stricte Discretion. Er selbst habe sich bisher nie darüber geäussert. Aufmerksam sei er auf die Thatsache, dass er ein untergeschobenes Kind sei, erst durch eine directe Mittheilung der Kaiserin von Russland geworden, welche ihn in Ratibor incognito besucht habe. Aber seitdem habe er sich sein Vorleben überlegt und eine ganze Reihe von Bestätigungen gefunden. So sei er als Primaner schon öfter dadurch geneckt worden, dass an seinen Namen die Silbe: Prinz angehängt worden sei. Jetzt sehe er ein, dass dies eine tiefere Bedeutung gehabt habe.

So werden von dem Pat. eine grosse Anzahl von indifferenten Erlebnissen, deren Wiedergabe hier zu weit führen würde, in Zusammenhang mit seinem Wahn gebracht. Aber ausser diesen Umdeutungen von richtig reproducirten Erlebnissen fördert Pat. auch echte Erinnerungsfälschungen[1]) zu Tage; so erzählt er z. B., dass er eines Tages — es sei im Juli 1883 gewesen — in einer Kneipe neben einem Frauenzimmer gesessen und einen plötzlichen Schmerz am Penis gefühlt habe, sodass er gleich gemerkt habe, dass ihm dort ein Schnitt beigebracht worden sei. Zu Hause habe er sich dann durch den Augenschein überzeugt, dass „die untere Hälfte des Penis“ vollständig losgetrennt worden sei! — Bezüglich seiner Erkrankung vom Jahre 1877 sei er wohl auch genöthigt jetzt anzunehmen, dass ihm dieselbe gemacht worden sei. „Es könne ja sein, dass ihm vielleicht auf diese Weise die Kenntniss mancher Dinge habe vorenthalten werden sollen.“ Die Zwangsäusserungen, an denen er jetzt leide und die

[1]) Confer. *Neisser*, „über originäre Verrücktheit (*Sander*)“. Archiv f. Psychiatrie Bd. XIX, Heft 2.

er nach wie vor als seine „Stimmen" bezeichnet, dürften wohl auch in einem Zusammenhange „damit" stehen; wie ein solcher Zusammenhang von dem Pat. gedacht wird, darüber giebt er nichts Näheres an.

Während dieses ganzen Gespräches fortwährendes Innervationszittern der Ober- und Unterlippe, Bewegen der Nasenflügel und auffallendes Pupillenspiel. Namentlich die rechte Pupille wurde mehrfach extrem weit und wich mitunter von der kreisrunden Form zu einem quergestellten Oval ab. Die Zwangsrufe unterblieben gänzlich.

Abends: Seit dem Mittagsessen unaufhörliche Ausrufe: „Drehlade Drehlade Moses Moses . . .".

26. März. „Moses Moses Moses . ." halblaut. (Haben Sie immerfort hier gestanden?) „ich durfte mir wohl nicht erlauben mich zu setzen."

Nachmittags Nachlass der Rufe, auch längere vollständige Pausen.

27. März. Steht wieder auf der gewöhnlichen Stelle. „Moses Moses Moses Drehlade Drehlade, Drehlade Drehlade . . ." in der Stärke des gewöhnlichen Sprechens.

29. März. Rufe sehr abgeschwächt. „Pst Pst bsss . . .". Vereinzelt kommt noch Drehlade vor; Schafkopf, Schweinhund wurde seit einiger Zeit nicht mehr gehört

16. April. Ueber seine Wahnvorstellungen giebt er keine Auskunft mehr; es erfolgt stereotyp die Antwort: „Das möchte ich auf sich beruhen lassen" oder „darüber möchte ich mich nicht äussern." Ist aus äusseren Gründen seit Kurzem in eine andere Abtheilung verlegt, hält sich auch hier stets im Vorzimmer und für sich auf; liest wenig, leichte humoristische Lectüre. Als in seiner Nähe ein wüst tobender Paralytiker vorübergeführt und er gefragt wurde, ob er den auch für einen Fürsten oder für einen Kranken halte, sagte er: „das kann ja simulirt sein!" — Die Ausrufe sind wesentlich abgeschwächt, bleiben durch Stunden und halbe Tage ganz weg, ohne dass eine Regelmässigkeit darin zu erkennen wäre. Die Natur der Rufe ist unverändert, meist Zischlaute wechselnd mit Moses und Drehlade; fast nie mehr sehr laut. Vegetative Functionen ungestört. Schlaf ohne Medicin gut.

19. Mai. Pat. ist seit einiger Zeit recht unruhig geworden. Ohne dass eine gemüthliche Erregung irgend welcher Art bemerkbar wäre, stösst er in forcirtestem Tone, fast brüllend, mehr oder weniger unarticulirte Laute aus und entwickelt gleichzeitig ein wildes Bewegungsspiel des ganzen Körpers. Solche Anfälle bezeichnet er selbst als „Wuthanfälle". Es wurde dadurch mehrmals eine vorübergehende Isolirung nothwendig.

Heute ist die Unruhe frühmorgens eine mässige gewesen. Bei der Visite spricht er fast unaufhörlich: Moses Drehlade Schafskopf, Moses Moses . . .", dazwischen schreit er manchmal laut auf. Sobald man sich mit ihm unterhält, verschwindet das zwangsweise Sprechen und er giebt in gewöhnlichem Tone geordnete Auskunft. Als er eine Weile sich selbst überlassen blieb, wurde er trotz der Gegenwart des Arztes sehr lebhaft, schrie und schlug in zielloser Weise um sich. Pat. ist hierbei vollkommen

affectfrei und setzte sich, wie schon öfter bei gleichen Anlässen auf das Sopha, um sich nicht zu beschädigen. (Eigene spätere Erklärung.)

20. Mai. Pat. war bereits von aussen vernehmbar durch lautes unarticulirtes Schreien. Beim Oeffnen der Thür ist er sofort still und begrüsst den Arzt wie den Oberwärter mit einem tiefen Compliment. In den Pausen der Unterhaltung ertönt wieder: Drehlade Drehlade Moses Drehlade Drehlade Moses . . ., dazwischen einzelne zischende und pfeifende Laute. Beim Verlassen des Zimmers schreit Pat. mit lauter dröhnender Stimme: „'raus, 'raus . .!"

22. Mai. „Raus, 'raus, Moses Schafkopf . . ." Das Rufen verstärkte sich allmählich und ging schliesslich in unarticulirtes und lang anhaltendes Schreien über. Sobald aber Pat. angeredet wurde, hörte dasselbe auf und er konnte mit völlig affectfreier Stimme antworten. Bei lautem Lesen wurde Pat. nicht durch die Rufe unterbrochen, wohl aber beim leisen Lesen. Doch störte dies den Pat. so wenig, dass er im Stande war, den Inhalt des leise Gelesenen anzugeben.

25. Mai. Heute morgens bei der Visite war Pat. wieder sehr laut. Er schrie und pendelte dazu mit beiden Armen hin und her. Die Stärke der Vociferation steigerte sich allmählich vom gewöhnlichen Sprachtone zum wüsten Schreien und schwoll ebenso wieder ab. Nur manchmal war der Uebergang ein krasser.

30. Mai. Lautes unarticulirtes Schreien. Schlägt um sich. Zog sich die Stiefel aus, warf dieselben nach dem Fenster und zertrümmerte dasselbe. Er nannte dies selbst nachträglich einen „Wuthanfall", für welchen er nichts könne.

5. Juni. Pat. zeigt andauernd motorische Unruhe und schläft auch in der Nacht schlecht. Bei der Morgenvisite lag er auf dem Bette und sprach vor sich hin: „Sie wollen ihn todt machen, sie wollen ihn todt machen, Macht ihn todt, Macht ihn todt, Raus, Drehlade, Moses, Raus, Drehlade Moses . . ." Dabei rieb er sich bald den Kopf in heftiger Weise, bald strampelte er mit den Beinen oder klatschte in die Hände; dann sprang er auf und rannte im Kreise im Zimmer herum immerfort gleichzeitig gesticulirend und sprechend oder schreiend. Nur mit Mühe gelang es, ihn für kurze Zeit zu fixiren. Er erklärte, er könne für sein ungeberdiges Benehmen nichts, das wäre ein Naturdrang.

6. Juni. Derselbe Erregungszustand wie gestern. Pat. liegt vollständig nackt im Bett und hat seinen Anzug überall im Zimmer umhergeworfen. Während der Visite gesteigerte Unruhe. Er rennt wild an den Wänden entlang und ruft: „Spuck' hier hin, spuck' hier hin etc.", dabei speit er jedesmal an die Wand. Darauf fällt sein Blick auf seine Jacke, welche er in die Oeffnung der Luftheizung geworfen hat. „Die muss herunter, die hole ich 'runter, die muss ich haben, die Jacke muss ich haben u. s. f.", versucht in die Höhe zu springen. Subcutane Injection von Morphium 0,025 bringt nach $^1/_4$ Stunde Schlaf.

24. Juni. Empfängt den Arzt mit tiefer Verbeugung, erwidert die Frage, wie es ihm gehe, mit, „danke, sehr gut"; sofort im Anschluss daran beginnen die Rufe: „raus raus, rrrr . . ., kurrr kurrr und alle möglichen unarticulirten Laute. Gleichzeitig heftige Bewegungen mit den Armen, indem er dieselben in verschiedener Weise durch die Luft führte, bald einfach seitlich abducirte und wieder adducirte, bald mehr kreisförmig um sich schlagend; Gesichtsausdruck dabei entschieden leicht blöde-euphorîstisch. Zwischen den unarticulirten Rufen und von diesen immer wieder unterbrochen, sprach er u. A. folgende Sätze: „Armbewegungen sind gesund", „das ist sehr dienlich" . . . (Zupft sich mit der linken Hand am rechten Aermel und sieht hin:) „Was siehst Du denn da? suchst Du einen Knopf? Da ist ja keiner. Das musst Du machen", — lacht laut: „ha ha ha", — „Ruhig, ruhig, Du sprichst kein Wort". (Während der Arzt notirt:) „Du siehst auch nichts, blos Züge, die geschrieben werden, nur die Schriftzüge, Du denkst, dass mit Bleistift geschrieben wird, das sagt Dir die Natur, ganz richtig; sehr richtig." (Spreizt die Finger stark auseinander:) „Jetzt nehmen Deine Finger eine sonderbare Gestalt an, Du wirst schon ruhiger werden, ruhig, raus, raus, raus . . ." Verbeugt sich, als der Arzt heraus geht.

Allein ist er ruhiger, hat eine ganze Weile ruhig an dem geöffneten Fenster gestanden. Wünscht allein zu bleiben, auch kein Buch zum Lesen.

25. Juni. „K. spricht nicht, die Natur spricht blos, K. hat beinahe keine Besinnung. Das weiss der Herr Doctor ganz gut, dass K. nicht sprechen kann . . ." Dabei wilde Armbewegungen, die aber durchweg nicht einen maniakalischen, sondern einen willkürlichen Charakter tragen.

26. Juni. Etwas ruhiger.

27. Juni. Machte allerhand Faxen bei der Visite, schlenkert und wirbelt mit den Armen, stösst gurgelnde, zischende, schnalzende Laute aus, zwischendurch brüllt er unarticulirt auf. „Die Natur spricht, nicht K."

28. Juni. Singt heute lateinisch.

29. Juni. Alle möglichen unarticulirten Laute, und Armschlenkern; aber heute nur beim Hereinkommen des Arztes; als er allein war, ruhig.

30. Juni. „Raus raus brrr . . . rr, mmm . . . mm . . ruhig!" (Wie geht es Ihnen, Herr K.?) „Der darf nicht sprechen, der K. kann nicht sprechen; das ist die Stimme der Natur, die spricht. Das müssen Sie doch hören, das ist ja gar nicht möglich, dass ich (es passirt ihm mitunter, dass er unversehens mitten im Satze, statt in der 3. Person von sich zu sprechen, wieder in die erste verfällt.) das alles sage. K. kann kein Russisch, jetzt werden die Herren staunen, dass K. russisch kann; in wenigen Minuten wird K. russisch sprechen! Ruhig! brrr, pfzt, pfzt sch sch sch . . .". (Wer bin ich?) „Der Herr Doctor!" (Wofür halten Sie mich ausserdem?) „Ruhig! jetzt wird die Stimme der Natur sprechen. Ruhig! ruhig!" (Jede Silbe betonend, aber sonst in seiner gewöhnlichen Stimmlage, nur lauter:) „Die Herren, die hier sind, das sind Deine Ver-

wandten, d. h. der — der — der Kaiserrr von Deutschland und (schüttelt sich hin und her) Dein Bruderrr . . . r!"

Obwohl die Redeweise des Patienten, sowie sie nach den zuletzt mitgetheilten Journalnotizen später sich entwickelt hat, kaum mehr der Verbigeration auch nur äusserlich ähnlich zu nennen ist, glaubte ich doch das Referat über den Fall so weit ausdehnen zu sollen, um darzuthun, erstens dass das anfängliche monotone Zwangsrufen ganz allmählich und ohne seinen Charakter zu ändern, zur Theilerscheinung eines allgemeinen unwillkürlichen oder doch durch die Willkür nicht gehemmten Bewegungsspieles wurde, und zweitens, dass der anfänglich sinnlose und indifferente Inhalt der Aeusserungen später dahin sich modificirte, dass Beziehungen zu dem den Kranken beherrschenden Wahne hervortraten [1]).

Die soeben an dem Beispiele eines chronischen Paranoikus geschilderten monotonen Zwangsäusserungen werden übrigens vorzugsweise in Fällen von „abortiver Verrücktheit (*Westphal*)" beobachtet, indem sie zur Zeit ihres Auftretens die einzigen Erscheinungen psychischer Störung darstellen können. *Westphal* [2]) selbst macht z. B. folgende Mittheilung:

„Eine Dame meiner Beobachtung, welche zu verschiedenen Zeiten an Zwangsvorstellungen sehr verschiedenen Inhalts litt, erzählte mir, dass sie in ihrem 8. Lebensjahre oft eine oder mehrere Stunden lang das Wort „Mappe" wiederholen musste, sie wusste selbst nicht, warum?"

Charcot und *Magnan* [3]) führen unter der Bezeichnung „Onomatomanie" neben anderen abnormen Zuständen von Zwangsdenken als besondere Gruppe diejenigen Fälle auf, in denen

---

[1]) Das letzterwähnte Verhalten ist, wie ich bestimmt glaube, nicht ein zufälliges, sondern ein durchaus regelmässiges; wenigstens habe ich noch keinen Fall von Zwangssprechen von Paranoikern zu beobachten Gelegenheit gehabt, bei welchem nicht früher oder später der Inhalt der Aeusserungen diese Beziehungen hätte hervortreten lassen. Es ist sogar ein häufiges Vorkommniss, dass nur auf diese Weise sich der Anfang der Wahnbildung documentirt. Es scheint mir unzweifelhaft, dass für die Auffassung der paranoischen Krankheitsprocesse den der Willkür entzogenen, zwangsmässigen Innervationen eine sehr erhebliche Bedeutung zukommt.

[2]) „Ueber Zwangsvorstellungen", Vortrag geh. in der Sitzung der Berliner Medicinischen Gesellschaft vom 5. März 1877. Berliner klinische Wochenschrift 1877, No. 46 und 47.

[3]) Arch. de Neurolog. September 1885.

Kranke „gezwungen sind, ein bestimmtes Wort andauernd zu wiederholen".

Wenn man weniger die von *Kahlbaum* mitgetheilten Fälle, welchen ich einleitend einige weitere aus eigener Beobachtung anreihen zu können meinte, als vielmehr die von ihm aufgestellte Definition der Verbigeration in Betracht zieht, so wird man die Aehnlichkeit der vorstehend geschilderten Zustände mit denen der Verbigeration nicht in Abrede stellen können. Ja, dieselbe ist sogar so erheblich und in die Augen springend, dass es leicht den Anschein gewinnen kann, als läge in diesen Fällen das Symptom in ganz besonderer Reinheit vor, als stellten diese Erscheinungsformen geradezu den classischen Typus der Verbigeration dar. Indessen, wenn auch in der von *Kahlbaum* gegebenen Beschreibung und Begriffsbestimmung dieses Symptomes kein deutlicher Hinweis enthalten ist, durch welchen jene Erscheinungen von demselben ohne Weiteres abgesondert werden könnten, so möchte ich doch glauben, dass es sich beide Male um durchaus verschiedene Vorgänge handelt.

Bei den in Frage kommenden Fällen von Zwangsäusserungen erscheint für die Erklärung ihres Zustandekommens die Annahme zureichend, dass ein bestimmter, sich gleichbleibender, einförmiger Reiz auf den Sprachapparat geübt wird, wozu dann noch die weitere Bedinguug tritt, dass derselbe seine Wirkung auch ungehindert zur Entfaltung bringen kann. Wir haben also hier ganz ebenso wie bei allen sonstigen Zwangsvorstellungen (— ich gebrauche hier diesen Terminus zur allgemeinen Bezeichnung der ganzen Gruppe —) ein Zusammenwirken von zwei krankhaften Zuständen: Erstens muss das Auftreten eines bestimmten pathologischen Reizvorganges angenommen werden, und zweitens muss eine relative Schwäche der regulirenden Hirnthätigkeiten vorhanden sein, sodass dieselben die Wirkung des gesetzten Reizes nicht zu hemmen vermögen. Der specielle Inhalt und die specielle Form aber der im Einzelfalle zu Tage tretenden Erscheinung, der einzelnen bestimmten Zwangsvorstellung, der einzelnen bestimmten Zwangsbewegung oder Zwangsäusserung, ist lediglich von dem Charakter und der Beschaffenheit des Reizvorganges abhängig. In den Fällen von abortiver Verrücktheit, in welchen die Zwangsäusserungen zeitweilig die einzigen

Krankheitszeichen darstellen, scheint es namentlich unzweifelhaft, dass ausser der Eigenart des pathologischen Reizes, worunter natürlich sein Angriffsort einbezogen werden muss, keinerlei andere Factoren auf die Erscheinung gestaltend einwirken.

Betrachten wir demgegenüber die Verbigeration. Wenn wir hier dieselbe, für die Auffassung der besprochenen Fälle durchaus zureichende Erklärung in Anwendung zu ziehen versuchen, dass nämlich die vielfache Wortwiederholung die directe Folge der Gleichförmigkeit des krankhaften Impulses sei, so bleiben noch eine Reihe von Schwierigkeiten für das Verständniss übrig.

Zunächst ist hervorzuheben, dass bei recht vielen Fällen von Verbigeration der äussere Totaleindruck der obigen Auffassung von dem Zustandekommen der Erscheinung ganz und gar nicht entsprechend ist. Fassen wir z. B. den oben ausführlich mitgetheilten Fall Springer in's Auge. Unverkennbar wird der Grundzug der in Betracht kommenden Krankheitsphase von einer ziemlich intensiven maniakalischen Erregung gebildet, von welcher die Logorrhoe, die krankhafte Redesucht nur eine Theilerscheinung ist. Freilich erscheint das maniakalische Bewegungsspiel durch die Neigung zu theatralischen Posen ein wenig eingeschränkt, den motorischen Actionen fehlt die musculäre Leichtwilligkeit; aber dass ein lebhafter und wechselvoller Bewegungsdrang überhaupt vorhanden war, das geht wohl auch aus dem Berichte hinlänglich deutlich hervor. Und ebenso verhält es sich mit den Denkprocessen, soweit dieselben sprachlich zum Ausdruck gelangen: Der Vorstellungsablauf ist unleugbar ein sehr beschleunigter und durchaus ideenflüchtiger. Dass trotzdem, trotz dieses offenbar herrschenden mächtigen Impulses zu vorwärtsschreitender lockerer associativer Anknüpfung einzelne Worte und Sätze so und so oft wiederholt werden und immer von Neuem wiederkehren, das ist gerade das Auffallende in dem Krankheitsbilde. Das gestaltende, formgebende Moment für die sprachlichen Productionen scheint hier also nicht in der Natur des Reizvorganges selbst zu liegen, sondern vielmehr in anderen Umständen, welche im Gegentheil der freien und ungezwungenen Wirkung der Reize ein Hemmniss darbieten und die progressive Tendenz derselben eindämmen. Wenn sich in diesem Falle wegen der obwaltenden maniakalischen Erregung, welche ihrer Natur nach zur Erzeugung gleichförmiger monotoner Bewegungsvorgänge an

sich nicht tendirt, bis zu einem gewissen Grade objectiv darthun lässt, dass die Entstehungsursache der Verbigeration nicht in der Beschaffenheit der Reizeinwirkung selbst, sondern in Hemmungen, welche der Bethätigung derselben sich entgegenstellen, zu finden sei, so stimmt mit dieser Auffassung des Vorganges das äussere Gepräge auch vieler anderer Fälle überein, in welchen eine maniakalische Erregung nicht vorhanden ist.

Es muss nämlich die weitere Thatsache, auf welche schon früher hingewiesen ist, hier nochmals hervorgehoben werden, dass in exquisiten Fällen von Verbigeration der Eindruck ein ganz unwiderstehlicher, sich unmittelbar aufdrängender ist, dass die sprachliche Production eine sehr mühevolle, erschwerte, gewaltsame ist. Auch *Kandinsky*, obwohl er die Verbigeration ohne nähere Abgrenzung in dem das unwillkürliche Sprechen behandelnden Abschnitte aufführt, erwähnt in den beiden von ihm als paradigmatisch mitgetheilten Fällen die hochgradige Anstrengung, welcher die Kranken beim Sprechen sichtlich unterlagen. Wenn die Verbigeration lediglich auf die Einwirkung eines stereotyp auf den Sprachapparat wirkenden Reizes zurückgeführt wird, bleibt dieses Sachverhältniss unaufgeklärt.

Dazu kommt noch eine weitere Erwägung. Die klinische Thatsache erheischt eine besondere Berücksichtigung, dass die häufigsten und best entwickelten Fälle von Verbigeration inmitten von langdauernden schweren Attonitätszuständen zur Beobachtung gelangen. Wenn aber zwei Phänomene von so äusserlich differenter Art, wie es ein hartnäckiger Mutacismus (scilicet als Theilerscheinung allgemeiner motorischer Gebundenheit) und andererseits die Verbigeration sind, mit Vorliebe in exquisiter Entwicklung bei denselben Kranken innerhalb desselben Krankheitsprocesses vorkommen, so erscheint es geradezu als ein Bedürfniss, beide Störungen wissenschaftlich aus derselben Quelle ableiten zu können.

In der That ist auch die Gegenüberstellung dieser beiden Erscheinungen von *Kahlbaum* selbst zum Ausgangspunkt seines Erklärungsversuches genommen worden. Wenn aber *Kahlbaum* die Verbigeration als auf einem klonischen Krampfe „in den centralen Sprach-Nervenbahnen“ beruhend aufgefasst wissen möchte, wogegen der Mutacismus einem tonischen Krampfzustande entsprechen sollte, so scheint mir diese Anschauungsweise nicht besonders

glücklich zu sein. Mit dem Bilde des clonischen und tonischen Krampfes — und mehr als ein geistreiches Bild ist es wohl nicht — treten wir dem Wesen der Erscheinungen kaum näher. Ein tonischer und ein clonischer Krampf eines Muskels sind wohl für die äussere Betrachtung zunächst ebenso gegensätzlich wie Mutacismus und Verbigeration, in Wirklichkeit aber bestehen doch zwischen beiden Phänomenen hauptsächlich quantitative Unterschiede, und sicher ist es beide Male eine active Leistung, eine Thätigkeit desselben Organes, in diesem Falle des Muskels mit seinem nervösen Apparat, welche die Erscheinungen bedingt. Dagegen dürfte man schwerlich annehmen können, dass derselbe centrale Apparat, welcher, in einen pathologischen Reizzustand versetzt, die Erscheinung der Verbigeration auslöst, bei irgend einer Modification der pathologischen Einwirkung, sei es auch welche es sei, eine Thätigkeit hervorzubringen geeignet sei, welche als Mutacismus imponiren könnte.

Plausibler würde mir die Annahme sein, dass bei beiden Zuständen gemeinsam eine mehr oder weniger hochgradige motorische Gebundenheit oder Hemmung[1]) vorhanden sei. Dieselbe würde

---

[1]) Ich gebrauche diesen Ausdruck „motorische Hemmung", weil ich ihn allgemein in diesem Sinne angewendet finde, und weil ein Missverständniss ausgeschlossen erscheint, da jedem Psychiater die Bilder, welche Kranke in den sogenannten Attonitätszuständen darbieten, aus eigener Anschauung hinlänglich bekannt sind. Doch will ich nicht unterlassen, hinzuzufügen, dass ich mit dem Worte „motorische Hemmung" keineswegs die Eigenart der betreffenden Zustände für glücklich gekennzeichnet halte. Die betreffenden Kranken sind bekanntlich — trotz der angeblichen motorischen Hemmung — im Stande, die kräftigsten Muskelinnervationen zu leisten, wie der Widerstand bei passiven Bewegungsversuchen und auch oft genug die krampfhafte Anspannung der Muskeln ohne jeden äusseren Anreiz, sowie ihr Verharren in den verzwicktesten, eine grosse active Leistung erfordernden Stellungen beweist. Dagegen kann man oft beobachten, wie der Uebergang in eine neue Position sich mit intensiver Anstrengung (congestionirtes Gesicht, forcirte mimische Mitbewegungen) und trotz ersichtlich grossen Kraftaufwandes nur in äusserster Langsamkeit vorbereitet, um allerdings schliesslich vielleicht in brüsker Plötzlichkeit perfect zu werden. Die Veränderungen des Synergismus der Musculatur scheinen erschwerte, gehemmte, vielleicht in Folge von gestörter Antagonistenthätigkeit? — Vgl. hierzu meine Abhandlung über die Katatonie pag. 53—55).

bei einer psychomotorischen Innervationsstärke, wie eine solche dem normalen Bedürfnisse, sich mitzutheilen, dem Wunsche, zu sprechen, zukäme, die Ausführung dieses Vorhabens, das Sprechen selbst verhindern können. Wenn nunmehr aber ein pathologischer Reizzustand, ein organischer Trieb zum Sprechen überhaupt auftritt, so gelingt es, — wenn auch mit solcher Anstrengung, dass sie mitunter von den Gesichtszügen direct abgelesen werden kann —, die Hemmung zu überwinden. Dieselbe würde indess noch in soweit in dem Vorgange sich ausgeprägt zeigen, als der normale Fluss der Rede erschwert, unter Umständen sogar unmöglich gemacht würde. Denn man kann sich wohl denken, dass bei einer erheblichen Hemmung, die der Sprache entgegensteht, diejenigen Bahnen, welche, wenn ich mich so ausdrücken darf, bereits durch einen mächtigen Impuls einmal frei gemacht worden sind, auch für die nächste Folgezeit so zu sagen gangbarer bleiben und deshalb bei fortgesetztem Redetrieb immer wieder benutzt werden. In der That wird in manchen Fällen der Eindruck ganz unwiderstehlich erzeugt, dass in die Rede der Kranken sich Worte, die schon einmal vorkamen, wieder und immer wieder — gegen oder doch ohne den Willen des Redenden — in ganz sinnloser Weise einschieben und sich offenbar geradezu organisch aufzwangen.

Zur Illustration hierfür möchte ich eines Falles kurz Erwähnung thun, über welchen ich in meiner Abhandlung über die Katatonie berichtet habe. Eine Kranke zeigte nämlich während einer maniakalischen Erregung, welche einem langdauernden und schweren Attonitätszustande unmittelbar vorausging, die bemerkenswerthe Eigenthümlichkeit, dass sie fast in jedem Satze, auch wo es ganz und gar nicht hinpasste, — wie zwangsmässig — das Wort: „verflucht" einfügte: ich bin verflucht alt, die Strümpfe werden verflucht gestrickt, die Kinder habe ich verflucht zu Hause, u. s. f. Es dürfte wohl kein Zufall sein, dass diese krankhafte Wortwiederholung gerade in den letzten Tagen vor dem Eintritt der Attonität und des Mutacismus eine besonders auffällige und gesteigerte war. — Ein noch anschaulicheres Beispiel entnehme ich *Kandinky*'s schon oben citirter Studie; er theilt (pag. 112) folgenden Fall mit:

Wir haben in unserer Heilanstalt einen Kranken Kuprianow, der in seinem jetzigen Zustande des secundären Schwachsinns eine Neigung zum

Verbigeriren, als Spur einer vor mehreren Jahren verflossenen Katatonie, behalten hat; er charakterisirt vortrefflich die Unwillkürlichkeit seines Sprechens, indem er dasselbe „mein Selbstparliren“ oder „meine Selbstparlage“ nennt[1]). Seine Zunge wiederholt immer ein und dieselben, meistens sinnlosen Sätze oder setzt in die Sätze, die einen Sinn haben stereotype zur Sache gar nicht passende Worte hinein. Wenn der Kranke sogar etwas bitten will, so drückt er sich nicht anders als in solcher Form aus: „Selbstparlage, selbstparlire, erlauben Sie . . . Selbstparlage, selbstparlire, erlauben Sie . . . Selbstparlage . . . erlauben Sie ein Papiros . . . Nicht zum Selbstrauchen . . . ich selbst will rauchen . . . aber durch Selbstparlage . . . Selbstparliren . . . ich selbstparlire Ihnen . . . geben Sie etwas zu rauchen . . . u. s. w.“

Es darf freilich nicht unbetont bleiben, dass theoretisch noch mehr Möglichkeiten für das Zustandekommen einer Verbigeration denkbar sind, sodass möglicherweise ein näheres Studium der Erscheinungen einmal dazu führen wird, manche Fälle von Verbigeration von den übrigen loszulösen und ihnen einen Platz in einem anderen Kapitel der allgemeinen Psychiatrie einzuräumen. Hier galt es nur, aus differentiell-diagnostischen Erwägungen gegenüber den Zwangsäusserungen der Paranoiker darzuthun, dass die Berücksichtigung möglichst aller bei den bestentwickelten Fällen von Verbigeration beobachteter klinischer Einzelerscheinungen zu der Annahme drängt, dass nicht sowohl der Reizvorgang an und für sich, als vielmehr in erster Linie gewisse Hemmungen, welche seinen Wirkungen sich entgegenstellen, an der eigenthümlichen Gestaltung des Vorganges massgebenden Antheil haben. Und wenn man diese Anschauungsweise als gerechtfertigt anerkennt, so wird es auch in praxi, dem einzelnen Fall gegenüber, in der Regel nicht zu schwer sein, die Entscheidung zu treffen. Ebensowenig wie die starre Regungslosigkeit eines in der Attonität befindlichen Kranken mit den Zuständen von bewusster Bewegungsunfähigkeit verwechselt werden wird, wie solche nicht selten vor-

---

[1]) Wenn *Kandinsky* hierzu die Bemerkung macht, „dass die Zwangsmässigkeit des Verbigerationsimpulses gewöhnlich von den Kranken selbst lebhaft gefühlt wird“, so kann ich ihm hierin nach meinen Beobachtungen nicht zustimmen. Während die Paranoiker die Unwiderstehlichkeit ihrer Zwangsinnervationen fast stets betonen, habe ich bei verbigerirenden Kranken bisher noch nie eine ähnliche Erfahrung gemacht. Auch erscheint bei Letzteren in der Regel das Bewusstsein getrübt.

übergehend bei Paranoikern in Abwechslung (und in Analogie) mit den Zwangsbewegungen zu Tage treten.

Indem wir in unserem Bestreben fortfahren, diejenigen heterogenen Erscheinungen, welche mit der Verbigeration unter Umständen eine äusserliche Aehnlichkeit darbieten können, kennzeichnend hervorzuheben, müssen wir eines Krankheitszustandes kurz gedenken, welcher in Spätstadien des chronischen Wahnsinns nicht selten zur Ausbildung gelangt. Besonders, wenn in dieser Phase schriftliche Leistungen producirt werden, ist bei oberflächlicher Betrachtung eine Verwechslung mit Verbigeration möglich. Ein langjähriger Insasse unserer Pensionsanstalt liefert seit über einem Jahre fast täglich einige Bogen Papier ab, die aus unverständlichen Wort- und Silben-Aneinanderreihungen bestehen, etwa von folgender Beschaffenheit:

àla èle ele ile òlo ùlu — Gesell — Gerell — Gerεπ
mühle myle muχle — Gastos. Gustos mit Pollux. Gustel mit Pollux.
mule mole mugetle myla — ΓΕΤΗ (Getto = GOΠO = GÜΠO = GÜΠO)

Pommer Branos Bravnos Brennos
Gub(en) Gold(en) Gauld(en) Geld(en) Mundy[1] Mondy[2] Maundy[3] Meendy[4]
Lyse — Hans — Has — Haas

Qu is [a] (Ilsa) Alpha
Qu id [a] (Ida) ibi ich bin da
Qu ando (Annado) Anna ist da und so fort.

Ich habe die letzten drei Zeilen noch zum Ueberfluss wiedergegeben, weil dieselben, wie ich glaube, gar keinen Zweifel darüber lassen, wie diese Productionen aufzufassen sind. Es handelt sich um einen Ausfluss jenes Zustandes, in welchem in einer, jeder Logik baaren Weise zwischen den verschiedensten Dingen auf Grund des fehlerhaften Associationsspieles Beziehungen von dem Kranken herausgefunden und zur Grundlage weiterer Combinationen gemacht werden[1]). In vielen Fällen, und so auch in dem an-

[1]) Es ist dies eine Theilerscheinung desjenigen Zustandsbildes, welches *Kraepelin* in seinem, wie ich glauben möchte, nicht hinlänglich beachteten Vortrage „über die Verwirrtheit" als „combinatorische Verwirrtheit" glücklich bezeichnet hat.

Schüle giebt in seinem Lehrbuche (3. Aufl. p. 140) folgende auf minutiöser Detailbeobachtung beruhende Erörterung dieser seelischen Vorgänge: „Das bedeutsamste, aber auch verhängnissvollste „Symbol" für den Kranken

geführten, dient die Assonanz und überhaupt die Aehnlichkeit des sprachlichen Aufbaues der Worte als ein Leitmotiv für die gedanklichen Operationen. Auf diese Weise kann, insbesondere bei schriftlichen Aufzeichnungen des Kranken, leicht eine Leistung resultiren, welche durch die äussere Gleichförmigkeit und die vielen Anklänge auffällt und unter Umständen mit Verbigeration verwechselt werden kann.

Was nunmehr die melancholischen Gemüthszustände anbelangt, so ist es sehr schwierig, auf diesem so wenig übereinstimmend aufgefassten und klinisch so wenig scharf begrenzten Gebiete differential-diagnostische Erwägungen hinsichtlich des Vorkommens eines einzelnen Symptomes anzustellen. Es ist bekanntlich eine Errungenschaft vorwiegend erst des letzten Decenniums, dass nicht mehr alle die Krankheitsbilder, bei welchen eine mehr oder weniger lange Zeit hindurch eine depressive Färbung vorherrscht, als melancholische Seelenstörungen in einen grossen Topf zusammengeworfen werden. Aber wenn es auch seit *Morel* und in Deutschland namentlich durch *Westphal's* dankenswerthes Eingreifen gelungen ist, die durch Eigenartigkeit in der Regel von vornherein kenntlichen Anfangsstadien der chronischen Verrücktheit aus der übergrossen Gruppe abzulösen, wenn auch *Meynert* ferner auf eine andere gewöhnlich kritiklos der Melancholie eingeordnete Form von Seelenstörung, die sich der

---

wird das Wort in Form des Zwangsgedankens, des Einfalls, der Hallucination. Als Träger des Begriffs im normalen Seelenzustande, als Sammelpunkt einer unendlichen Fülle von Einzelvorstellungen, wird es im Wahnsinn (und in der Verrücktheit) zum mächtigsten Zerstreuungsapparat, je nachdem es zufällig in diese oder jene „Ahnung" einschlägt, oft diese vollständig erfüllend und aufklärend, oft aber auch das Ich im Anfang verblüffend, bis es das letztere endlich überwältigt und ihm seinen „Sinn" aufdrängt. Bei noch mässigem Grade von intellectueller Schwäche geschieht dies in logischer Weise d. h. durch den Wortinhalt, welcher sich dem Ich aufzwingt; später sind es die Silbentheile des Wortes oder schliesslich sein Lautklang, welcher durch weitere Assonanzen gleichklingende Reproductionen weckt und dadurch ebensoviele neue Vorstellungen, neue bestimmende Wollungen herbeiruft (so namentlich zersplitternd und sinnverwirrend, wenn diese Assonanzen bei gebildeten Kranken über mehrere Sprachen zu gebieten vermögen)."

Hauptsache nach aus illusionären Trugwahrnehmungen zusammensetze, hingewiesen hat, so ist doch, wie gerade der letztgenannte Autor wiederholt und in scharfen Worten hervorgehoben hat, die Bezeichnung Melancholie auch heute noch ein Sammelname für eine grosse Anzahl von unter sich verschiedenartigen Krankheitsprocessen, welche, wenn ich so sagen darf, kaum mehr als den äusseren melancholischen Habitus gemeinsam haben. Dazu kommt, dass gerade auf diesem Gebiete der Psychosen, mehr als auf irgend einem anderen, eine überaus reiche Mannigfaltigkeit der Erscheinungen und eine Fülle von Uebergangsformen vorkommen, welche die Kenntlichmachung typischer Krankheitsbilder erheblich erschweren. Wenn ich daher im Folgenden versuche, einzelne häufiger vorkommende depressive Zustandsbilder herauszugreifen, — nicht um classificatorische Abgrenzungen vorzunehmen, sondern um womöglich eine Verständigung in der klinischen Auffassung der Verbigeration zu erzielen —, so bin ich an diesem Punkte ganz besonders einer nachsichtigen Kritik bedürftig.

So lange ein stark hervortretender melancholischer Affect, wie dies bei recenteren Kranken die Regel ist, die Scene beherrscht, wird, wie schon einleitend erwähnt, die Eintönigkeit des Jammerns oder der Selbstanklagen etc. kaum zu einer Verwechslung Anlass geben. Die Aeusserungen und das ganze Verhalten der Kranken erscheint psychologisch hinlänglich motivirt, oder wenigstens es trägt ein so einheitliches Gepräge, dass der Beobachter zu einer gesonderten symptomatischen Hervorhebung der Wortwiederholung, zu einer analytischen Lostrennung dieser Erscheinung aus dem Rahmen des gesammten Krankheitsbildes sich in keiner Weise gedrängt sehen wird.

Schwieriger wird die Beurtheilung manchmal in einem späteren Stadium[1]), wenn nämlich das ganze Bild ein mehr stabiles, ich möchte sagen, ausdrucksloses Gepräge gewonnen hat. Bei der relativen Häufigkeit einschlägiger Fälle werden einige Worte zur Kennzeichnung ausreichen: Die Physiognomie der Kranken trägt deprimirte, vielleicht sogar schreckhaft-angstvolle Züge, aber sie erscheint in dieser, früher einmal angenommenen Verfassung un-

[1]) Die oben (pag. 187) als „reine melancholische Dysthymien" bezeichneten Formen gehen niemals in einen solchen Zustand über.

veränderlich fixirt, es fehlt jener lebensvolle Ausdruck, welcher darauf hinweist, dass die augenblicklich bestehende Gemüthsbewegung unmittelbar den physiognomischen Habitus erzeugt hat. Im völligen Einklange damit erscheinen die Gesten wie mechanisch und maschinenmässig, und ganz ebenso imponirt das einförmige stereotype Jammern nicht mehr als der directe Ausfluss der entsprechenden Gemüthsbewegung, sondern es macht einen mehr automatischen, gewohnheitsgemässen Eindruck. Man nimmt dann in der Regel an, dass die Kranken im Verblöden begriffen sind. Wesentliche Unterschiede zwischen diesen Zuständen und denjenigen, wie sie von manchen Kranken in dem sogen. Attonitätsstadium dargeboten werden, dürften, solange wir nur die äussere Erscheinungsform der Beurtheilung zu unterwerfen in der Lage sind, kaum aufzufinden sein. Es kann daher in diesen Fällen auch vollkommen den klinischen Neigungen des einzelnen Beobachters anheimgestellt bleiben, ob er die Verbigeration als eine besondere Erscheinung in dem Krankheitsbilde herausgreifen, oder ob er das ganze Zustandsbild mehr einheitlich psychologisch auffassen will.

Es sei im Anschluss an die soeben angestellte Betrachtung darauf hingewiesen, dass es keineswegs selten vorkommt, dass „melancholische" Geisteskranke gewisse Reden, welche sie ursprünglich mit dem vollen Bewusstsein ihrer Bedeutung und sogar unter Aufwendung von Affect vorgetragen hatten, mit der Zeit ganz gewohnheitsgemäss und mechanisch hersagen und unablässig wiederholen. Hierher gehört z. B. die Wiederholung gewisser Formeln, welche den Wunsch nach Entlassung zum Ausdruck bringen. Man bekommt durch die stereotype Aeusserungsweise solcher Kranken den Eindruck völlig gedankenloser Starrheit, und in der That konnten wir uns einmal in frappirender Weise davon überzeugen, wie diese Recitation eine ganz und gar automatische, dem Patienten kaum noch vollbewusste war. Es handelte sich um eine Kranke, welche stets die Ausgangsthür belagerte und nur mit Gewaltaufwendung beim Oeffnen derselben am Hinausstürmen gehindert werden konnte. Sobald ein Arzt oder eine Wärterin hereintrat, fragte die sonst während dieser Krankheitsphase äusserst schweigsame Patientin in immer gleichbleibender Redewendung: „Nicht wahr, bester Herr Doctor (mutatis mutandis), Sie sind so freundlich und geben mir die Schlüssel?" Einmal gaben wir sie ihr

experimenti causa, und indem sie dieselben in der Hand hielt, blieb sie genau wie vorher an der Thür stehen, machte keinen Versuch dieselbe zu öffnen und wiederholte trotzdem dieselbe Phrase, dass man ihr die Schlüssel geben solle. Ich füge hinzu, dass die Kranke, welche später als genesen entlassen werden konnte und sich auch seit einem Jahre ausserhalb der Anstalt gut gehalten hat, keineswegs so schwachsinnig war, dass ihr oben geschildertes Verhalten dadurch eine Erklärung hätte finden können. Wohl aber erscheint mir für die klinische Auffassung der Umstand als sehr hervorhebenswerth, dass sich an die oben skizzirte Krankheitsphase ein mehrmonatlicher Attonitätszustand anschloss. — Es liegt wohl auf der Hand, dass es total verfehlt wäre, über das geschilderte Verhalten der Kranken in das Journal etwa die Notiz einzutragen, dass die Kranke regelmässig nach Hause dränge und die Schlüssel verlange; eine solche Wiedergabe wäre descriptiv vollständig unrichtig; es lässt sich kein Urtheil über das, was die Kranke wirklich wünscht und überhaupt über das, was in ihr etwa vorgehen mag, abgeben, und ein solches Urtheil würde auch höchstens nebenbei — als subjective Notiz des Berichterstatters — in die Krankengeschichte hineingehören. Man muss sich darauf beschränken, etwa zu schreiben: „Die Kranke, welche sonst nicht spricht, wiederholt Tag für Tag in stereotyper Weise beim Eintritt des Arztes u. s. w. den Satz . . . “, und nun müssen die Worte selbst n directer Rede folgen. — Man wolle es entschuldigen, dass ich so breite Erörterungen über eine anscheinend so einfache Sache anstelle. Aber ich habe aus der Durchsicht von ziemlich vielen, aus den verschiedensten Jahrgängen hier aufbewahrten Krankenjournalen und auch noch anderweitig die Ueberzeugung gewonnen, dass gerade in anscheinend ähnlichen Fällen nicht immer objectiv brauchbare Darstellungen des Verhaltens der Kranken gegeben werden. Uebereinstimmend aber fanden sich solche Fälle unter der gewiss wenig zutreffenden Diagnose: Melancholie rubricirt.

Während bei den weiter oben skizzirten melancholischen Zustandsbildern es nicht von Wichtigkeit zu sein schien, der Erscheinung der Wortwiederholung für die speciellere Krankheitsauffassung eine grössere Bedeutung beizumessen, liegt die Sache anders bei einer Reihe von Fällen, bei denen der äusserliche Totaleindruck dem der passiven oder noch häufiger dem der leicht agitirten

Melancholie bei oberflächlicher Betrachtung sehr ähnlich ist und wo gleichfalls ein mehr oder weniger dauerndes Wiederholen derselben Sätze zu Tage tritt. Ich meine diejenigen Fälle, bei denen in diesem Krankheitsstadium in Ton oder Inhalt der Aeusserungen ein eigenthümliches Pathos[1]) auffällig hervortritt. In allen Fällen, in welchen ich bei einem depressiven Gesammthabitus die Combination von Pathos und Verbigeration bisher zu beobachten Gelegenheit hatte, ist stets ein Attonitätszustand nachgefolgt.

Dass die Besonderheit dieser Fälle nicht allgemein hervorgehoben wird, lässt sich, wie ich glaube, hauptsächlich auf zwei Gründe zurückführen.

Der erste Grund liegt darin, dass es in vielen Fällen lange Zeit hindurch, durch Wochen und Monate nicht gelingt, die Aeusserungen der Kranken zu verstehen, da dieselben nicht selten im

---

[1]) Es ist mir nicht zweifelhaft, dass das Pathos, die „pathetische Stimmungsfarbe" (*Kahlbaum*) in den meisten Fällen als ein selbständiges Symptom der Psychose anzusehen ist, d. h. dass sie nicht erst secundär, durch eine psychologische Reaction des Kranken entsteht, sondern dass sie unmittelbares Erzeugniss der pathologischen Bedingungen ist. Es ist hier nicht der Ort, diese Behauptung eingehend zu begründen. Man betrachte aber daraufhin noch einmal die oben mitgetheilten Fälle *Kupka* (p. 172ff.) und *Springer* (p. 174ff.), wo das Pathos neben einer maniakalischen Erregung bestand, und namentlich den in meiner Abhandlung über die Katatonie (p. 70ff.) referirten Fall *Harbig*, wo im Gegentheil eine melancholische Gedankenrichtung obwaltete. *Meynert* sagt: „Ich will nämlich nur das eine noch zeigen, dass unter den in der Psychiatrie aufgeführten Krankheitsformen diejenigen bisher vorwiegend die Sicherheit bieten, Prozessen parallel zu gehen, welche zusammengesetzt sind und daher einen gegliederten Krankheitsgang verfolgen lassen. Solche zusammengesetzte Krankheitsprocesse sind einmal: der Stupor oder die attonische Melancholie, wobei übrigens von trauriger Verstimmung gar nicht die Rede ist (*Kahlbaum's* Katatonie). Vielmehr handelt es sich um eine Reihenfolge von fluxionären Erregungen, welche aber durch Momente von Gehirndruck, durch mikroskopische Exsudationen, etwa unterstützt durch Höhlenwassersucht, frühzeitige Nahtverknöcherungen sofort abgeschwächt werden, so dass nach *Kahlbaum's* guter Bezeichnung die Erregung nicht wie echt und lebendig, sondern wie gemacht, theatralisch erscheint." (Skizzen über Umfang und wissenschaftliche Anordnung des psychiatrischen Lehrstoffes. Psychiatrisches Centralblatt, 1876, VI. Jahrgang, p. 83.)

leisesten Flüstertone vorgebracht werden. Wenn man nun nicht ein besonderes Augenmerk auf die Art der Lippenbewegungen richtet, deren Stereotypie dann vielleicht zur richtigen Auffassung hinleiten kann, so ist es durchaus erklärlich, dass vielfach auf Grund des ganzen äusseren Habitus der Kranken eine melancholische Gemüthsverfassung derselben angenommen und ihr leises Gemurmel als Ausfluss einer solchen angesehen wird. Der Irrthum schwindet erst, sobald die Worte einmal hinlänglich deutlich vorgetragen werden[1]). Mitunter tritt eine plötzliche Agitation oder Exaltation ein, welche es bewirkt, dass die verbigerirten Worte nun laut und sogar schreiend hervorgebracht werden. Ist der Inhalt der Sätze religiös gefärbt, so resultirt dann eine Peroration, die mit „zwangsmässigem Predigen" bezeichnet werden kann. In der Regel leitet eine derartige Erregung ziemlich schnell zum Eintritt des Attonitätszustandes über. Sehr instructiv erscheint mir in dieser Hinsicht der folgende Fall, welcher auch anfänglich als agitirte Melancholie galt und erst später in seiner Eigenart erkannt wurde. Da es sich hier nur um die betreffenden Zustandsbilder handelt, übergehe ich den anamnestischen Vorbericht. (Derselbe findet sich nebst weiteren Details in meiner Katatoniearbeit p. 66ff.)

Auguste Klose, Schmiedemeistersfrau, 46 Jahre alt; Krankheitsdauer ca. 2 Monate. Am 11. Nov. 1886 Aufnahme in die hiesige Anstalt. Bei ihrer Ankunft zeigte sich die Kranke stark benommen und leicht ängstlich agitirt; die an sie gerichteten Fragen wurden nicht beantwortet; fortwährend lispelte sie leise und unverständlich vor sich hin. Sträubt sich sehr gegen ihre Abführung auf die Abtheilung.

Stat. pr. vom 12. November: Grosse hagere und etwas dürftig genährte aber kräftig gebaute Frau, deren Schädel im Stirntheil ziemlich schmal, sonst aber ohne Besonderheiten ist. Der Gesichtsausdruck ist starr und erschrocken, der Blick irrt von einem Punkt zum andern. Die Lippen werden aufeinandergepresst, Mund und Nase werden mit der hohlen Hand bedeckt, wobei diese häufige Bewegungen ausführt, als ob sie etwas von Nase und Lippen abwischen wollte. Pupillen sind, soweit sich das bei der gegen jede Untersuchung sich sträubenden Kranken erkennen lässt, ziemlich eng und gleich. Tremor der Hände.

Gegen Abend zeigt die Kranke sich auffallend verwirrt, ist nicht im Stande auch nur eine einzige Anrede oder Frage zu beantworten, scheint diese völlig zu überhören, während sie noch am Vormittage sich wenig-

---

[1]) Vergl. hierzu *Brosius*, Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 33, p. 374.

stens insoweit fixiren liess, dass sie einige ihre Personalien betreffenden Anfragen richtig, aber kurz und stossweise beantwortete. Seit dem Mittagessen, das sie noch völlig verzehrt hat, irrt sie ununterbrochen leise vor sich hinjammernd, ohne dass man bei aufmerksamstem Hinhören auch nur ein einziges Wort deutlich verstehen könnte, in der Stube umher, fährt sich dabei mit den Händen beständig an Nase und Mund herum, reisst sich los, wenn man sie festhalten will, und hält Gegenstände, die ihr in die Hände kommen, z. B. eine Bettdecke, krampfhaft fest.

13. Nov. Die ihr gestern Abend verabreichte Schlafmedicin (Paraldehyd) hat sie ebenso wie das Abendessen refüsirt, hat fast gar nicht geschlafen, ihr Bett wiederholt verlassen, um in der Stube hin und her zu irren, immer leise vor sich hinsprechend, bis sie sich von selbst auf eine Bank setzte. Heute Vormittag ist die Kranke in blinder Angst; sie hat sich eine ganze Anzahl Jacken angezogen, sträubt sich gegen das Ausziehen derselben und läuft seit dem frühen Morgen beständig lispelnd und leise monoton jammernd im Zimmer herum. Aus ihrem Gemurmel war nur einmal deutlich zu hören: „Gott ist allmächtig und seine Güte währet ewiglich!"

14. Nov. Gestern Abend wurde Patientin etwas ruhiger, blieb auf ihrem Platze sitzen, aber in fortwährender ängstlicher Erregung am Munde wischend, ausser Stande, eine der an sie gerichteten Fragen beantworten zu können. Schlaf ohne Medicin sehr unruhig. Heute Morgen dieselbe motorische Unruhe und Unstätigkeit, die Kranke zieht sich wieder sämmtliche Jacken an, deren sie nur habhaft werden kann, und zeigt im Uebrigen während des Tages das bereits geschilderte Verhalten.

Heute wird folgende Therapie begonnen: Tr. opii spl. gtt. V, 3 mal tägl. in steigender Dosis.

In den nächsten 14 Tagen ändert sich das Bild in keiner Weise, die Kranke irrte ziellos, aber wie in wilder Unruhe, im Zimmer umher, mit denselben wischenden oder greifenden Handbewegungen und mit ununterbrochenem Gelispel, das nach wie vor unverständlich blieb. Nur in seltenen Momenten war es möglich, ihre Aufmerksamkeit vorübergehend zu fixiren.

Am 2. December sah ich die Kranke zum ersten Male, als ich Nachmittags vertretungsweise die Krankenvisite machte. Sie sass mit einem Tuche um den Kopf da und bewegte beständig unruhig die Hände und Finger an ihren Kleidern hin und her. Der Gesichtsausdruck erschien verstört, doch nicht eigentlich von einem Affect beherrscht. Die dargebotene Hand hielt sie krampfhaft fest. Sie sagt auf Befragen, dass sie Kopfschmerzen habe, wusste nicht anzugeben, wie lange sie schon hier sei und lispelte einige unverständliche Worte. Gegen 12 Uhr Nachts wurde ich auf die Abtheilung gerufen, weil Pat. plötzlich im Bette sich aufgestellt und unter lebhaften Gesticulationen laut schreiend zu predigen begonnen hatte, sodass sie alle Mitpatientinnen aus dem Schlaf aufstörte.

Ich fand sie schon insoweit beruhigt, dass sie nur noch halb aufgerichtet im Bette sass und nicht mehr (nach Aussage der Wärterin) so laut wie vorher schrie. Sie perorirte beständig in salbungsvollem Kanzelton, dabei immer mit beiden Armen entsprechend gesticulirend, liess sich durch Anreden und Fragen nicht stören, nur manchmal tauchten einzelne durch das zu ihr Gesagte angeregte Worte in ihrer predigtähnlichen Rede auf. Sie sprach langsam, mit gehobener Stimme, exquisit pathetisch jedes Wort betonend, zwangsmässig; dabei kehrten beständig ähnliche Wendungen und Sätze wieder. Es gelang, folgendes wörtlich zu notiren: (Warum sind Sie denn so laut, Frau Klose?) „Ich freue mich in dem Herrn; ich bin so gerecht hier. Gottes Hilfe ist gerecht. Lobet den Herrn in allen Landen. Her zu mir alle, die ihr gerecht seid!" (Aber Frau K., wer wird denn so laut sprechen, jetzt in der Nacht?) „Wer hat mir denn so alle Nacht hier so geprediget und so vorgeleuchtet? Der Herr Jesus Christus, der geboren ist in dem jüdischen Land. Soll ich Unrecht leiden, Unrecht leiden, Unrecht leiden, ich bin gerecht. Wo soll ich Schuld haben, ich weiss nichts. Es sind die drei Könige, es sind die drei Weisen aus dem Morgenlande, das sind die drei Könige. Die Hand, das ist die rechte, das ist meine rechte Hand. Es sind keine Lügen, die Lügen wird der Herr richten." (Zu mir gewendet:) „Sie sind Lehrerssohn, Sie sind ein gerechter Mensch, ein gerechter Sohn, ein gerechter Lehrerssohn. So wie der Herr es verheissen hat, so hat er mich aufgerichtet, schon alle Nächte hier aufgerichtet, dass Niemand verdammt werden wird. Nur der Herr wird richten. Das wissen Sie, das wissen Sie, dass meine Sprache verstummt war, das haben Sie gesehen und gehört, aber jetzt hat mir der Herr die Sprache erworben und wieder aufgerichtet, laut und richtig, und mit Freuden wollen wir dann singen laut in der Kirche: Lobet Gott, ihr Christen allzugleich in seinem höchsten Thron, der hört euch laut im Himmelreich und schickt uns seinen Sohn." — (Wissen Sie, wo Sie hier sind?) Ja das ist hier des Herren Hand, ich bin unschuldig und gerecht hierhergekommen und freue mich in dem Herrn. Da hat er mich aufgerichtet und wird mich noch viele Male aufrichten. Es ist ein falscher Mensch, der hat mich wollen so nehmen hier, das ist hier nicht, das ist hier nicht, hier nicht. Gottes Hand ist nicht hier und so wollen wir miteinander zusammen fröhlich Gott loben und danken; das will Niemand, Gottes Hand ist gerecht, sie richtet und rechtet . . ." Nach Injection von 0,025 g Morphium trat nach 20 Minuten Beruhigung und später auch Schlaf ein. Das Gesicht war nicht besonders congestionirt, Puls 76 Schläge pro Minute, voll, Pupillen sehr weit.

Den 3. December. Heute Vormittag irrte Patientin wie gewöhnlich unstät im Zimmer umher, mit den Fingern sich unruhig bewegend, und beständig vor sich hin lispelnd. Das Meiste blieb unverständlich, doch immer wieder hörte man die Worte: „gerecht, richtig, gerichtet". — Auf

Fragen keine Antwort. Später betheiligte sie sich in höchst mechanische Weise am Federschleissen, ohne ihr lispelndes Sprechen aufzugeben.

Den 4. December. Sitzt am Tische mit abwesendem Blick vor sich starrend, dabei immerfort die Finger bewegend und vor sich hinflüsternd. Als ihr die Hand gereicht wurde, sagte sie in monotonem Flüstertone: „Das ist die rechte Hand hier, die rechte Hand, die rechte Hand . . .“ lispelte unverständlich weiter . . . „ich bin ganz gerecht hier, ganz gerecht hier. Sie haben mir aufgeholfen in dem Irrthume. Ich bin ganz gerecht hier . . . Sie haben mich aufgerichtet, Gottes Hilfe richtet auf. Wir sind ganz gerecht hergekommen. Es kommt in den Menschen, ehe er's denkt, ehe er's denkt. Es ist so hineingekommen, auf der Bahn sind wir gefahren, auf der Bahn sind wir gefahren, aber Gottes Hand . . . die rechte Hand . . . gerecht . . .“ So geht das monotone Gelispel weiter, unbekümmert um die Umgebung oder Anreden. Nur durch besonders markirte Anrufe lässt sie sich vorübergehend fixiren.

In der nächsten Folgezeit keine wesentliche Aenderung. Patientin läuft unstät und unaufhörlich lispelnd umher; von ihrem monotonen Gemurmel ist durch ganze Wochen hindurch trotz grosser Bemühungen gar nichts zu verstehen. Dann gelingt es wieder einmal einzelne Worte aufzufassen, und es zeigt sich alsdann aus der häufigen Wiederholung derselben, dass es sich um eine continuirliche Verbigeration handelt. Dabei hat sich eine schon früher angedeutete Bewegungsstereotypie in hochgradiger Weise ausgebildet. Unablässig werden einzelne Finger an Nase und Mund geführt und dann in eigenthümlicher Weise in den halbgeöffneten Mund gesteckt, wie wenn sie darauf pfeiffen wollte. Auch ist Pat. meist sehr widerstrebend. Allmählich ging das Zustandsbild in eine ausgeprägte Attonität über.

Ich habe diejenigen Passus in den wörtlich dem Journal entnommenen Notizen durch den Druck kenntlich gemacht, welche mir darzuthun scheinen, dass der Fall anfänglich wahrscheinlich nicht richtig aufgefasst worden ist. Es erscheint mir wenigstens durchaus zweifelhaft, ob die Beobachtung, dass Patientin in ängstlicher Erregung sich befand, so wie dies unter dem 12., 13. und 14. November notirt wurde, wirklich zutreffend ist. Offenbar hat lediglich der äusserliche Gesammteindruck der Kranken und die Aehnlichkeit mit den Bildern der agitirten Melancholie zu der Meinung geführt, dass Patientin sich in ängstlicher Gemüthsstimmung befunden habe. Dagegen möchte ich aus dem Umstande, dass die Monotonie ihres Gelispels sowie ihrer Bewegungen an Mund und Nase hervorgehoben ist, wie namentlich aus dem Inhalte der einzigen verstandenen Aeusserung der Patientin: „Gott

ist allmächtig und seine Güte währet ewiglich" lieber den Schluss ziehen, dass es sich auch an jenen Tagen schon um dieselbe Verbigeration handelte, welche im späteren Verlaufe so deutlich hervortrat.

Noch muss eine zweite und hauptsächliche Schwierigkeit besprochen werden, welche sich der klinischen Auffassung derjenigen Fälle entgegenstellt, in denen — bei melancholischem Gesammthabitus — die Symptome des Pathos und der Verbigeration combinirt auftreten. Dieselbe liegt darin, dass pathetisch und namentlich religiös gefärbte, seufzer- und gebetartige Aeusserungen oder Betheuerungen nicht selten der einfache Ausfluss einer dysthymischen Gemüthsverfassung sind. Der Affect, die Beängstigung, die Verzweiflung kann bei gesunden und kranken Menschen leicht zur Erzeugung eines gewissen pathetischen Zuges führen (Noth lehrt beten!); das Verhalten und die Reden dieser Kranken sind psychologisch motivirt und lassen sich unschwer in Anlehnung an die normal-psychologische Reactionsweise auffassen. Zur Illustration dessen sei es gestattet, einen kurzen Passus aus der Krankengeschichte eines Patienten mitzutheilen, dessen geistige Störung zwar als eine ausserordentlich complicirte sich darstellte, bei welchem jedoch während der zu schildernden Krankheitsphase eine ungemein intensive Beängstigung vollständig im Vordergrunde des Krankheitsbildes stand.

31. December 1886. Patient (Gutsbesitzer, 29 J. alt) von blasser Gesichtsfarbe und in mässigem Ernährungszustande, wird am ganzen Körper zitternd und unter fortwährendem ängstlichen Widerstreben auf die Abtheilung gebracht. In den Gesichtszügen und in der ganzen Körperhaltung spiegelt sich eine namenlose innere Unruhe. Der Blick haftet angstvoll auf dem Sprechenden. Jede Bewegung, die in seiner Umgebung vor sich geht, veranlasst ihn schreckhaft sich hinzuwenden. Dabei ist er vollauf im Stande, die um ihn befindlichen Personen und Gegenstände richtig zu erkennen und zu beurtheilen; er weiss, wer der Arzt und die Wärter sind, benennt alles Einzelne, wonach er gefragt wird, richtig. Jede Antwort des Pat. erfolgt fliessend, wird aber eigenthümlich hastig hervorgestossen und bewegt sich immer in langen Sätzen und geschachtelten Periodenbildungen. Es ist schwer zu beschreiben, wie er spricht: der folgende Satz sucht immer den vorhergehenden zu entkräften und zu entschuldigen; vor lauter Entschuldigungen kommt er nicht dazu, etwas Positives vorzubringen. Uebrigens verräth die Art seines Sprechens einen etwas höheren Grad von Bildung und Kenntniss der Umgangsformen. (Was beängstigt Sie denn

so?) „Ach, entschuldigen Sie, Herr Doctor, ich weiss nicht, was mich so in Angst versetzt, aber es ist wohl möglich, dass es geschehen könnte, dass mir in der Eile, obwohl mich Niemand drängt, ein unrechtes Wort entschlüpft sein könnte; wenn dies der Fall sein sollte, so bitte ich anzunehmen, dass ich nicht den Willen dazu gehabt habe und widerrufe dasselbe. Ich widerrufe es, sowahr mir Gott helfe, Amen!" — (Aber Sie haben ja gar nichts Schlimmes gesagt!) „Wenn dies nicht gewesen sein mag, so könnte es doch sein, dass man Ihnen etwas erzählt hat, was missverstanden worden ist und wofür ich bei Gott die Verantwortung nicht tragen möchte." . . .

Abends steht er bei der Visite in Hemdsärmeln und in Strümpfen da. Trotz langen gütlichen Zuredens ist er nicht dazu zu bewegen, die Schuhe anzuziehen. „Ach Herr Doctor", wiederholt er ein Mal über das andere Mal, „ersparen Sie mir doch diese Qual noch ein einziges Mal!" — (Ist denn das so eine Qual, die Schuhe anzuziehen?) „Das wohl nicht, aber ich weiss ja nicht, ob ich nicht fürchten muss, dass damit noch etwas verbunden sein möchte." — (Damit ist nichts Schlimmes für Sie verbunden.) „Ach Herr Doctor, können Sie mir bei Ihrem Seelenheile versichern, dass ich an meinem körperlichen und geistigen Wohle keinen Schaden erleiden und dass keine Nebenumstände damit verknüpft sein werden, wodurch ich eine Verantwortung auf mich nähme, welcher ich nicht gewachsen wäre?" — Dabei weicht er jeder Berührung ängstlich aus, zieht seine Hände zurück, duldet nicht, dass ihm die offenstehende Weste zugeknöpft wird u. s. w. Von einer körperlichen Untersuchung kann keine Rede sein. Endlich als ihm mit Gewalt gedroht wird, sagt er in Gebetston mit gefalteten Händen: „O du allmächtiger grundgütiger Gott, wenn es denn sein muss, dass ich die Schuhe anziehe und ich nicht anders kann, obwohl ich gebeten habe, so sei es denn! Amen." Zieht aber die Schuhe nicht an, sondern wendet sich ängstlich ab. Er wird danach zum Baden geführt. Nach vieler Mühe gelingt es mehreren Wärtern ihn zu entkleiden. Bei jedem Kleidungsstück wiederholen sich, fast immer in denselben Worten, die pathetischen Stossseufzer: „o du grundgütiger allmächtiger Gott, wenn es denn sein muss, dass ich den Rock (die Weste u. s. w.) ausziehe und ich nicht anders kann, so sei es denn in Deinem heiligen Namen! Amen!" Da anbefohlen war, keine Gewalt zu gebrauchen und er beständig flehte, man möge ihm die Qual ersparen, wurde er unverrichteter Dinge zurückgeführt. Von Zeit zu Zeit stiess er, auch als man ihn schon geraume Zeit völlig in Ruhe gelassen hatte, einige Worte, so wie oben geschildert, immer die Sätze gebetartig mit Amen schliessend, hervor. Gefragt, weshalb er dies thue, ob etwa eine Stimme ihm dies anbefehle, verneinte er dies letztere entschieden und sagte, die Angst dictire es ihm. (Es machte auch durchaus diesen Eindruck.) Beim Herausgehen des Arztes aus dem Wachsaale kommt Pat. wieder auf ihn zu: „Entschuldigen Sie, aber ich glaube, dass ich — oder vielmehr ich habe nicht

verstanden, Sie haben dort etwas gesagt — Ich möchte doch bitten, wenn möglich bei Ihrem Seelenheile, dass mir das erspart bleiben möge!" Auf die beruhigende Antwort des Arztes hört er kaum und fährt mit erhobener Stimme fort: „Ach Gott, hilf mir, wenn ich heimgesucht werde; ich befehle meinen Geist in Deine Hände, in Ewigkeit. Amen!"

Da es hier nicht darauf ankommt, ein Urtheil über den ganzen Krankheitsfall zu gewinnen, so breche ich die Wiedergabe des Journals ab, in der Hoffnung, dass die angeführten Notizen ausreichen werden, um darzuthun, dass das von dem Kranken aufgewendete Pathos lediglich der Ausfluss einer hochgradigen Beängstigung ist, wie dies der von Hause aus intelligente Kranke ja auch selbst erklärte. Wenn nun in diesem Falle die gebetartigen triebähnlich hervorgestossenen Expectorationen auch noch viel öfter und gleichmässiger sich wiederholt hätten, als dies thatsächlich der Fall war, so würde ich darum doch nicht glauben, eine derartige, psychologisch motivirte Satzwiederholung als Verbigeration ansprechen und besonders symptomatisch hervorheben zu sollen.

Wenn dagegen eine Bäuerin, welche nach der Auffassung des sie behandelnden Collegen in einer passiven Melancholie befangen war und bisher eintönig — anscheinend Jammerlaute — vor sich hin gemurmelt hat, wenn diese Bäuerin mit einem Male und nunmehr ohne Unterbrechung in fast singender Modulation mit rhythmischen Handbewegungen die ihrer Denksphäre und ihrer gewöhnlichen Ausdrucksweise gewiss fernliegenden Sätze recitirt: „Ach mein liebes Jesulein, ach mein liebes Jesulein, Ich füge ja keinem Thierlein klein ein Leides zu! Ach mein liebes Jesulein, ach mein liebes Jesulein, ich füge ja keinem Thierlein klein ein Leides zu!...", wenn eine solche Recitation durch Stunden und Tage hindurch anhält, unbeeinflusst weder durch den Eindruck, welchen die Umgebung etwa empfängt noch durch die Anreden, die an sie gerichtet werden, unbeeinflusst weder durch eine vorgenommene Isolirung noch durch die Nahrungsaufnahme, so möchte ich glauben, dass von einer psychologischen Erklärung des Verhaltens der Kranken durch den dysthymischen Affect nicht die Rede sein kann, so sehr auch der Inhalt des verbigerirten Satzes an eine melancholische Stimmungslage gemahnt. Vielmehr schliesst sich dieser Fall, sowie es auch der Weiterverlauf — schwere langdauernde Attonität — bestätigte, unmittelbar und zwanglos dem oben skizzir-

ten Falle der Frau Klose (p. 212ff.) an, und von letzterem wird man gewiss nicht behaupten, dass seine Eigenart durch die Bezeichnung „Melancholie" glücklich gekennzeichnet werde. Eine unbefangene klinische Beobachtung drängt in solchen Fällen meines Erachtens dahin, das Vorhandensein des Pathos und gleichzeitig der Verbigeration einfach descriptiv zu constatiren und dieselben als selbständige Symptome der Psychose aufzufassen.

Die Gegensätzlichkeit der Fälle, welche durch die skizzirten Krankenbeobachtungen illustrirt werden sollte, lässt sich folgendermassen zusammenfassen: In der einen Reihe von Fällen haben wir das Symptom der Verbigeration und des Pathos und dabei einen depressiven Gesammthabitus, welcher bei einer oberflächlichen Betrachtung den Schein eines melancholischen Affectes erzeugen kann. In der zweiten Reihe von Fällen finden wir dagegen im Vordergrunde des ganzen Zustandsbildes unverkennbar einen ausgesprochen dysthymischen Gemüthszustand, eine schwere Beängstigung, als deren Ausfluss ein gewisses Pathos und unter Umständen verbigerationsähnliche Satzwiederholungen zu Tage treten. Bei gut entwickelten Fällen wird ein Zweifel über die Auffassung in der Regel nicht entstehen; dem Geübten gelingt es ja auch meist zwischen einer motivirten, consecutiven Depression (z. B. bei einem Paranoikus) und einem genuinen melancholischen Affectzustande, zwischen einer freudig gehobenen Stimmung und einer pathologischen Euphorie zu unterscheiden. Es giebt aber auch Fälle, in denen die Beurtheilung nicht leicht ist. Man kann dann für die Entscheidung, ob Verbigeration zu diagnosticiren sei oder nicht, ein practisches Hilfsmittel anwenden, indem man den Versuch macht, eine Beschreibung des betreffenden Zustandes zu entwerfen. Alle diejenigen Auslassungen gesunder und kranker Menschen, welche das Resultat von gedanklichen Erwägungen sind oder unmittelbare Stimmungsausflüsse darstellen, lassen sich auch in indirecter Rede reproduciren. Die Verbigeration dagegen verlangt, der formalen Natur der Störung entsprechend, unter allen Umständen ein wortgetreues, directes Referat; andernfalls geht die specifische Eigenthümlichkeit der sprachlichen Aeusserungen vollständig verloren.

Das pathetisch-theatralische Benehmen, wie es von manchen

chronisch Verrückten, vor allem von den hereditär belasteten, sog. „Originären", namentlich wenn die Eclatirung der Psychose in die Pubertätsjahre fällt, dargeboten wird, dürfte kaum Anlass zu Verwechslungen geben, und ich brauche somit darauf wohl nicht weiter differentiell-diagnostisch Rücksicht zu nehmen.

Dagegen müssen wir einen Augenblick der in vieler Hinsicht vortrefflichen Krankheitsschilderung gedenken, welche *Konrád*[1]) in Anlehnung an *Meynert* von den Formen der „acuten hallucinatorischen Verworrenheit" entwirft. Er unterscheidet bekanntlich folgende dem Verlaufe nach gesonderte Gruppen: 1. Das Stadium der hallucinatorischen Verworrenheit endigt unmittelbar in Genesung; 2. Nach der hallucinatorischen Verworrenheit tritt ein rein maniakalischer Zustand ein; 3. Das hallucinatorische Krankheitsbild wird durch „Hemmungszustände" unterbrochen, welche sich bis zu ausgebildetem Stupor (Attonität) steigern können; oder endlich 4. Der Verlauf ist ein complicirter, aus mehreren der erwähnten Zustandsbilder im Wechsel sich zusammensetzender. Bei der Schilderung des hallucinatorischen Zustandes selbst wird hervorgehoben, dass „in manchen Fällen" folgendes eigenthümliche Verhalten sich zeigt (p. 526): „Das Wesen der Kranken nimmt etwas Pathetisches an. Es wird in Begleitung von absonderlichen Gesten und theatralischen Geberden recitirt und declamirt, wobei zahlreiche Wort- und Silbenwiederholungen, oft auch ganz neue, offenbar nur dem Kranken verständliche Wortbildungen stattfinden."

Leider ist von *Konrád* nicht besonders hervorgehoben worden, ob es nicht gerade diejenigen Fälle, welche die zuletzt geschilderten Erscheinungen, Pathos und Verbigeration, in deutlich entwickeltem Maasse aufgewiesen haben, vorwiegend gewesen sind, bei welchen motorische Hemmungszustände zur Ausbildung gelangten. Es würde dies dann meinen bisherigen Erfahrungen conform sein und meine obigen Behauptungen bestätigen[2]).

[1]) Archiv f. Psychiatrie XVI. Bd. Heft 2, p. 522 ff.

[2]) *Konrád* legt auch für die Auffassung dieser Fälle (der 3. Verlaufsgruppe) auf die Hallucinationen das Hauptgewicht. Er sagt zwar (p. 538): „Vom symptomatologischen Standpunkte aus könnte es berechtigt erscheinen, denselben eine Sonderstellung in der Classification einzuräumen, weil Art und Inhalt der Hallucinationen sich hauptsächlich in einer Rich-

Wenn wir uns nunmehr der Betrachtung verbigerationsähnlicher Aeusserungen in geistigen Schwächezuständen zuwenden, so

---

tung offenbaren, und weil die Hemmungszustände dem äusseren Verhalten der Kranken einen besonderen Charakter verleihen." Er fährt jedoch später fort: „Die in das Krankheitsbild eingeschalteten Hemmungszustände sind im Inhalt der Sinnestäuschungen begründet oder wenigstens durch die Hallucinationen eingeleitet. Demzufolge kann diese Krankheitsform von der hallucinatorischen Verworrenheit nicht recht getrennt werden." Es muss ohne Weiteres zugegeben werden, dass eine solche Abtrennung schwierig ist, und dass hier flüssige Uebergänge existiren. Andererseits ist es aber erforderlich, bei classificatorischen Bestrebungen in erster Linie diejenigen Fälle auszuwählen, welche die einschlägigen Erscheinungen in besonders guter Weise entwickelt zeigen. Wenn es nun, wie bekannt, nicht gar zu seltene Fälle giebt, in denen die motorischen Erscheinungen, schwerste tonische Muskelspannungen in Abwechslung mit kataleptischer Biegsamkeit, durch Jahre hindurch unverändert anhalten, wenn dabei ebenso hartnäckiger Mutacismus besteht, der vielleicht nur auf Stunden oder Tage durch fast maschinenmässig forcirtes Hervorstossen immer derselben Worte (Verbigeration) unterbrochen wird, so ist es wohl gerechtfertigt bei der Beurtheilung jener leichteren Fälle auch an diese schwereren zu denken. Man wird dann nicht geneigt sein, zu sagen: „die in das Krankheitsbild eingeschalteten Hemmungszustände sind im Inhalte der Sinnestäuschungen begründet", selbst wenn vielleicht Hallucinationen die Scene eröffnet haben. Auch wenn die Kranken selbst später ihr Verhalten auf die Einwirkung von bestimmten Hallucinationen (namentlich Gehörstäuschungen imperativen Charakters) zurückführen zu müssen glauben, so möchte ich hierin einen Beweis für den wirklichen Hergang der Sache nicht erblicken und die Hallucinationen nicht ohne Weiteres als das bedingende und primäre Moment anerkennen. Betrachten wir im Anschluss hieran einen Passus aus der von *Konrad* mitgetheilten Krankengeschichte III (p. 536). Dort ist notirt: „21. Sept. Steht bewegungslos, die Augen geschlossen, leistet passiven Bewegungen keinen Widerstand, reagirt nicht auf Nadelstiche. Mit grosser Mühe gelingt es ihr einige Löffel Milch einzuflössen." — „22. Sept. Das stuporöse Verhalten der Patientin ist verschwunden, sie giebt an, Alles zu wissen, was mit ihr vorgenommen wurde; man habe sie hin und her bewegt, gestochen u. s. w. Heilige Stimmen haben ihr verboten sich zu rühren, sie dürfe nicht essen, sonst würde sie verdammt werden; die ihr verabreichte Milch sei vergiftet gewesen, sie habe sich aber gedacht, der Wille Gottes müsse geschehen. Ueberhaupt sagen ihr Stimmen alles, was sie zu thun und zu lassen habe." . . . „11.—12. Oct. Tiefer Stupor. Flexibilitas cerea, der Kopf auf die Brust gesunken, bietet das Bild einer tief Schlafenden. Scheinbar vollkommen anästhetisch. Cyanotische Verfärbung der Haut im Gesicht und an den

ist zunächst die gewiss allgemein beobachtete Erscheinung hervorzuheben, dass tief blödsinnige Personen, sowohl solche mit angeborenem als mit erworbenem Blödsinn, nicht selten dieselbe Phrase den ganzen Tag, spontan und namentlich auf Anrede wiederholen. Eine Kranke, die wir noch gegenwärtig in der Anstalt haben und die mit Waschen beschäftigt wird, sagt z. B. auf die Frage, wie es geht, mit blödsinnig heiterem Lächeln: „ja, wir haben gewaschen" und kommt danach in der Regel nicht mehr von dieser Bemerkung los; auf jede Frage, womöglich noch ehe dieselbe zu Ende gestellt ist, sagt sie: „ja, wir haben gewaschen". Zu anderen Zeiten sagt sie vielleicht: „ja, es regnet, ja, es regnet". Es genüge hier auf diese allbekannte Manier von Blödsinnigen, welche sich aus dem geistigen Gesammtzustande derselben unmittelbar verstehen lässt, hingewiesen zu haben. In praxi dürfte ein Anlass zu irrthümlicher Deutung daraus kaum je gegeben sein.

Eine Modification dieser Aeusserungsweise besteht darin, dass die Wortwiederholung echolalisch an ein zu dem Kranken oder in seiner Gegenwart gesprochenes Wort angeschlossen wird[1]); zum Beispiel: es sagte eine Kranke auf die in ihrer Gegenwart gemachte Bemerkung: „da ist ein Waschbecken": „Waschbecken, Waschbecken, Waschbecken . . .", solange bis ein anderes gehörtes Wort aufgegriffen wird und die Stelle des früheren verdrängt, und — bis sie dieses Treibens überdrüssig wird. Charakteristisch ist nämlich, dass in der Regel eine energische Anrede oder ein Verbot den Aeusserungen ein Ziel setzt. — Es sei hier die Notiz eingeschaltet,

---

Extremitäten. Speichelfluss. Puls 60, klein. Am 12. löste sich der Stupor auf eine Zeitdauer von 2 Stunden. Patientin weiss über ihren Zustand diesmal nichts anzugeben." Ist nun in diesem Falle der zuletzt geschilderte Zustand auch durch Hallucinationen „begründet"? Wie leicht man durch psychologische Constructionen auf unserem Gebiete zu einem Scheinverständniss gelangen kann, dafür bleibt die so lange festgehaltene Lehre von der primären Affects- und secundären Intellectsstörung, wonach jene für diese durch Erzeugung einer „psychischen Schwäche" den Boden vorbereiten müsse, ein warnendes Beispiel!

[1]) *Freund* (Klinische Beiträge zur Kenntniss der generellen Gedächtnissschwäche, Archiv f. Psych. Bd. XX. Heft 2) macht auch auf das „Festkleben an den ersten Gehörseindrücken" aufmerksam; „deren wiederholtes Reproduciren geht anscheinend ganz automatisch von Statten".

dass in Zuständen von acuter Trübung des Bewusstseins (z. B. in *Kraepelin*'s „asthenischer Verwirrtheit", in hysterischen und anderartigen Dämmerzuständen), welche ich allerdings mit *Orschansky* principiell von den psychischen Schwächezuständen getrennt wissen möchte, gelegentlich ähnliche Erscheinungen zu Tage treten.

Die oben erwähnten Aeusserungsweisen Blödsinniger erinnern in mancher Hinsicht an das Verhalten von Kindern [1]), nur dass bei letzteren meist noch der Umstand hinzukommt, dass sie an solcher Unterhaltungsweise besonderes Gefallen finden. Aber auch dieser Zug des absichtlich Albernen, Läppischen findet sich bei pathologischen Schwachsinnszuständen und zwar namentlich ausgeprägt bei den sog. Hebephrenen. *Hecker* gebraucht dafür den Ausdruck: „Worte zu Tode hetzen". Einige charakteristische schriftliche Beispiele, die von einem 27jährigen Tischlergesellen herrühren, erlaube ich mir nachstehend mitzutheilen.

Leubus den 14. August 1888.

Geehrter Herr!

Wie Sie, Verehrtester, aus obigem Datum erfahren werden, haben wir den vierzehnten August und so geht es fort, bis wir den August fort haben und den Monat September bald vorüber haben werden, dann, Verehrtester, kommt der Oktober, dann der November, dann der Dezember. Und so geht es immer fort, bis ein Jahr vorüber und ist ein Jahr vorüber, dann kommt wieder eins und so geht es fort bis wir Ostern und Pfingsten und wieder Ostern haben und so geht es fort, haben wir heute Dienstag, so haben wir morgen Mittwoch, also den funfzehnten August, dann kommt der sechszehnte August, das ist der Donnerstag, und so geht es fort. Freitag haben wir den siebenzehnten August, Sonnabend den achtzehnten August und dann ist wie Sie sehen, die Woche um und so geht es fort, und dann fängt eine neue Woche an und damit werde ich wohl das Richtige getroffen haben, denn was soll man denn fortwährend schreiben, man hat nicht immer Zeit dazu, schönes Wetter haben wir auch heute, ob es morgen auch so sein wird, kann ich nicht wissen, ob es regnen wird, kann ich auch nicht wissen und so geht es fort, wie Sie Verehrtester sehen, von der Sache könnte man immer weit fort machen, bis man selber fortkommt und damit will ich schliessen. Es verbleibt Franz Alexander.

---

[1]) Vergl. *Kussmaul*, l. c., p. 215.

Preyer („die Seele des Kindes" 2. Aufl. 1884, pag. 303) nennt diese Sprechweise: Palimphrasie.

Leubus den 25. 3. 88.

Geliebte Freundin!

Die Schneezeit ist nun bald vorüber, indem ich dir das schreibe, denn zu Ende des Monats März wird gewöhnlich die Temperatur etwas milder gestimmt, weil wir in einer anderen Jahreszeit sind und die vorherige rauhe Witterung vorüber ist, wir sind also im Anfange des Frühlings und da ist es Zeit dass ich auch einmal ein Thema von mir hören lassen thu und das Thema wird das sein dass es bald Frühling wird und da geht es überhaupt etwas gemüthlicher zu und ist überhaupt der Frühling eine Zeit die man Frühling nennt und weil es eben Frühling ist, deswegen wird es Frühling genannt und wie du übrigens hieraus ersehen wirst sind die Schriftzeichen etwas grob mit der Feder geschrieben weil es eben eine Feder ist die man Stahlfeder nennt, na kurz und gut, die Tinte nämlich ist gut schwarz das ist richtig die Feder ist auch gut, dass dieselbe schlecht ist kann ich nicht sagen und ich will hier mit der Feder ein Ende machen weil ich nicht so recht in der Laune bin. So leb mir nur recht wohl, es grüsst dich dein theurer Gottfried.

Die vorstehend mitgetheilten, an Phantasiepersonen gerichteten und lediglich zum Zeitvertreib von dem Kranken verfassten Briefe — es befinden sich eine grosse Zahl gleichartiger Productionen bei den Acten — dürften zur Kennzeichnung der hier in Betracht kommenden Manier, auf denselben Worten und Redewendungen herumzureiten, sowie zur Beurtheilung des Geisteszustandes des betreffenden Kranken im Allgemeinen, genügen. In letzterer Hinsicht möchte ich noch hinzufügen, dass in anderen Briefen auch die von *Hecker* hervorgehobene Vorliebe der Hebephrenen für Jargons und Provinzialismen recht ausgeprägt sich findet, und zu der uns speciell beschäftigenden Frage sei erwähnt, dass auch ein Schriftstück von dem Kranken vorliegt, welches lediglich in viermaliger Aufeinanderfolge das Alphabet, danach 49 mal den Buchstaben „r, r, r . . .“ und darauf noch 10 mal den Buchstaben „s, s, s . . .“ enthält. Dass aber eine derartige, aus einer eigenartig albernen und schwachsinnigen Geschmacksrichtung hervorgegangene Production trotz der äusseren Aehnlichkeit ganz anders zu beurtheilen ist wie eine echte Verbigeration, bedarf wohl keiner Beweisführung.

Eine noch grössere äussere Aehnlichkeit können unter Umständen Schriftstücke von Kranken darbieten, welche an hochgradiger genereller Gedächtnisschwäche leiden. Ein vorzügliches Beispiel von „amnestischer Agraphie“ theilt *Freund* in seinem bereits

citirten interessanten Aufsatze mit, welches ich in Ermangelung eigener Fälle hier wiedergeben möchte; der betreffende Brief der Kranken lautet:

„Hane Frau Menzel wenn soll ich wieder hin kommen wieder hinn kommen wieder hin kommen hin kommen schneichin kommen schneidern kommen schneidern darfen ich nähen kommen schneidern kommen ich glaube dass jetz viel viel zu viel zu Thun ist viel zu Thun ist zu thun ist wohl zu Thun ist vohr Weil zu Thun ist weil ist vor Weihnachten ist und ich viel AnBeit und ich viel Arbeit ist habe Arbeit habe, weil die Herrschten viele Geschveke Geschenke geschenke geben und ich viel Arbeit habe vor Wei ist da ist immer viel zu Thun bei den Herschsin bein den Herschaften denn sie geben viel Geschenke den Leuten zu den Leuthen sie viel zu thun ist bei denn Herschafte."

In der *Freund*'schen Abhandlung findet sich eine ausreichende Analyse dieser eigenartigen Schreibweise, sodass ein weiteres Eingehen auf dieselbe hier sich erübrigt. Wenn aber *Freund* in einer Anmerkung den Satz hinzufügt: „Dieser Brief muss auch insofern das grösste Interesse erregen, als er das Symptom der schriftlichen Verbigeration, welches von *Kahlbaum* nur für Katatonie in Anspruch genommen wird, in fast vollendeter Reinheit zur Schau trägt", so darf ich wohl hoffen, dass der geehrte College durch den Tenor meiner Erörterungen auch zu der Ueberzeugung gelangt sein wird, dass die citirte schriftliche Production eine nur ganz äusserliche Aehnlichkeit mit der Verbigeration darbietet und dass die daran geknüpfte Polemik gegen *Kahlbaum* somit gegenstandslos wird [1]).

[1]) Im Anschluss hieran möchte ich erwähnen, dass *Kraepelin*, wenn er in dem Abschnitt seines Lehrbuchs (II. Aufl. p. 338), welcher der „katatonischen Verrücktheit" gewidmet ist, wörtlich schreibt: Auf psychischem Gebiete lässt sich eine starke Zunahme des Schwachsinns in seinen läppischen, zusammenhangslosen, dieselben Wendungen unzählig oft repetirenden Reden (Verbigeration nach *Kahlbaum*) nicht verkennen," diesen Terminus in Wirklichkeit gewiss nicht im Sinne *Kahlbaum*'s angewendet haben dürfte.

Auch *Séglas* und *Chaslin* (l. c. p. 430) haben sich die Sache wohl etwas zu leicht gemacht, wenn sie die Bedeutung des Symptoms mit folgenden Worten erledigen zu können glauben: „à notre avis, cette verbigération n'a rien de caractéristique, car on peut la rencontrer souvent ailleurs, en particulier dans les états d'affaiblissement intellectuel primitifs ou secondaires. *Vogelgesang* et *Jastrowitz* la signalent aussi dans la paralysie générale."

Einiges von dem, was wir von Blödsinnigen im Allgemeinen geschildert haben, gilt in gleicher Weise bei den im Verlaufe der paralytischen Seelenstörung erworbenen Defectzuständen. Es liegt in der progressiven Beschaffenheit dieser Krankheit begründet, dass hier alle Uebergänge sich vorfinden. Der Wortschatz wird immer mehr eingeengt, die associative Verknüpfung immer dürftiger und in Folge dessen die schriftliche und mündliche Aeusserungsweise immer eintöniger. Als ein Beispiel leichteren Grades erwähne ich einen Brief eines von Haus aus hochintelligenten nnd gebildeten Officiers, in welchem durch die Länge von vier Seiten keine andere Satzverbindung vorkommt als die: „und da hat" ... „und da ist". In spätesten Stadien werden dann unter Umständen nur noch einzelne Worte und Sätze vorgebracht; so hörte ich von einem Paralytiker, welcher verhältnissmässig schnell zu Grunde ging, durch Wochen vor seinem Tode keinen anderen Satz als den: „das kostet viele Millionen!" Von grösserer Wichtigkeit in differential-diagnostischer Hinsicht ist die Aeusserungsweise von Paralytikern bei intensiver maniakalischer Erregung oder auch ohne eine solche, wenn ein stärkerer Redetrieb auftritt. Es ist ganz naturgemäss, dass unter solchen Umständen der Kranke, wenn er nur noch über einen geringen Schatz an Worten verfügt, von welchen ihm auch die einen geläufiger sein werden als die anderen, den häufigsten Wiederholungen anheimfällt, zumal er bei dem meist bestehenden völligen Mangel an Selbstkritik oder auch nur activer Aufmerksamkeit auf seine sprachlichen Productionen, durch die Einförmigkeit derselben sich selbst in keiner Weise genirt fühlt. Auf diese Weise kommt leicht eine Art von Verbigeration zu Stande. So konnte ich kürzlich einen schon recht vorgeschrittenen Paralytiker, welcher mit lauter gehobener Stimme in fast feierlichem Tone[1]) perorirte, folgendes nachstenographiren:

„... und da kam der Julius und bleibst Julius und da haben wir regiert bis heute. Wilhelm, du bleibst Inspector, du bist mein und ich bin dein, Wilhelm du bleibst mein. Vatersname wird Inspector und die oberschlesische Linie wurde W genannt und da bin ich heute A und W und da bin ich auch Ferdinand. August hat die oberschlesische, Ferdinand hat die

[1]) Die Bezeichnung: Pathos würde nicht ganz zutreffend sein; es war mehr eine überquellende, ich möchte fast sagen, zur Ekstase gesteigerte Euphorie.

mittelschlesische. Oberschlesien hat den Vater zum Inspector, ich weinte, dass die Thränen fliessen und das wurde heute A genannt. Ich habe Glück gehabt und habe die Krone. Wilhelm wird heute Kaiser genannt und ich bin der Kaiser auf Ewigkeit und da kamen auch die Könige, die auch heute regieren. Was die früheren Könige waren, das waren einzelne Staaten; heute habe ich die Kaiserwürde, die ich auch nicht mehr zu verlieren gedenke, ich werde mich bestreben die Kaiserwürde so lange als möglich zu haben und da habe ich geweint wie heute dass die Kaiserwürde geweint hat und so wurde ich August Conrad genannt und so bin ich heute der einzige deutsche Kaiser und so bin ich heute Max Conrad genannt; ich heisse Conrad August und regierte 100 Jahre wie der Vater sagte und da wurde der Kaiser Eugen in Vertretung genannt und da bin ich heute Kaiser August und so wird es von heute ab mit C geschrieben, heute bin ich deutscher Kaiser mit Vertretung Eugen, und so bleibt das solange wir leben. Eugen Conrad und Vertreter, Julius Julius und Juden und so sind wir heute Juden und so sind wir heute Julius Julius Gottes Sohn und wenn wir heute beten, so beten wir: Julius Julius vergieb mir heute die Sünden, ich bin Jude und auch Christ und ich werde es auch bleiben. Jude Jude und auch Christ, Jesus Christus Gottes Sohn und wenn ich etwas begangen habe, so sage ich: ich habe die erste Linie A, du bist Gottes Sohn Jude genannt und so bin ich heute der Jude August von Hohenzollern, Julius war oberschlesische Linie und ich bin Julius wenn ich etwas begangen habe und so ist es auch heute in dem Lande, er wird Jude sein und Christ und so bitten wir alle drei: Jesus sei gnädig wie die Juden, du wirst am Kreuze aufgenagelt wie durch einen kleinen Wink und so ist es heute, Eugen vertritt mich heute durch einen kleinen Wink und da habe ich ein kleines C gemacht und da wurde ich zum deutschen Kaiser ernannt und die Königswürde bleibt und so war es bis auf den heutigen Tag. Kaiser August der hat den deutschen Thron durch die Väter errungen und so bleibst du hundert Jahre wieder durch den deutschen Kaiser, deutsche Kaiserwürde habe ich bis auf den heutigen Tag und dies Fest wird alle Tage gefeiert werden wie an dem heutigen Tage, Jesus Christus wird mich auferwecken wie an dem heutigen Tage und da habe ich gebeten und so bin ich von hundert Jahren, ich bin mein und du bist dein und morgen soll die Hochzeit sein und da war er deutscher Kaiser, August war mein Vatername und in Vertretung Max genannt und da heisse ich in Vertretung Eugen Max und ich habe gebeten, Jesus wird mich auferwecken und wenn die Jahre werden vergangen sein, werde ich deutscher Kaiser sein und ich werde den Vater bitten im Himmelreich und ich werde Linien achten so wie ich sie heute achte, ich bin heute der deutsche Kaiser mit der grössten Zuversicht, sodass ich mit der grössten Zuversicht deutscher Kaiser blieb; ich war nun August Conrad deutscher Kaiser genannt und so blieb ich einige Zeit lang König und wurde Conrad genannt und so blieb ich einige Zeit lang König und wurde Conrad ge-

nannt, Conrad ist jetzt Hohenzoller. Der von hundert Jahre war und so bin ich jetzt durch meine gute Führung August Conrad, weil mein Vater Wirthschaftsbeamter war und so bin ich heute August Conrad und Wirthschaftsbeamter in Vertretung und so heisst Julius ein Jude und war ein Judenname und hat J geheissen, J war so wie C und Jesus Christus wird mich auferwecken (es wird ihm eine Uhr vorgehalten) und da gab er mir eine goldene Uhr und bat (desgl. ein Thaler), dass er auferweckt würde und da bin ich zu einem Thaler gekommen und so haben wir Milliarden Silber und so haben wir Diamanten und Gold und es wird immer besser und es hatte an Gewicht Nulle, Nulle, Nulle und das waren drei Nullen und das war ein viertel Pfund, Null mit Null geht auf, also Gewicht ist gar nicht und so (desgleichen ein Schlüsselbund) habe ich mit Ihnen als deutscher Kaiser gebetet: Vater unser der du bist im Himmel, diese Schlüssel gehören mir ebenso wenig wie die deutschen Fürsten (ein Zehnmarkstück) und sie sind jetzt Milliarden theures Gold und so sind wir jetzt auf den Nullstand gekommen ....“ Danach wurde er zum Bade geführt, war sofort ruhig und hat auch später nicht mehr in ähnlicher Weise perorirt.

Bei einer heftigen maniakalischen Erregung kommt neben der Dürftigkeit des zur Verfügung stehenden Wort- und Gedankenmaterials noch die jagende Hast und andauernde Mächtigkeit der Sprachimpulse hinzu, welche den Kranken jeder Möglichkeit einer sinngemässen Verknüpfung und Auswahl der Worte beraubt und in schweren Fällen sogar nicht die Zeit zur normaleu Coordination der Bewegungen, zur articulirten Pronunciation lässt. Es resultirt dann jener Zustand, welchen *Wernicke*[1]) sehr glücklich als maniakalische Aphasie bezeichnet hat, in welchem der Kranke nur wilde unarticulirte Laute vorbringt und höchstens Bruchstücke von Wörtern aneinanderreiht, sodass er das Bild eines in Erregung befindlichen aphatischen Kranken vortäuscht, während jeder Moment der Ruhe beweist, dass er sehr wohl zu sprechen vermag. Dieses Zustandsbildes brauchte nun eigentlich hier nicht Erwähnung geschehen, da eine Aehnlichkeit mit der Verbigeration in demselben gewiss nicht vorhanden ist. Doch sind es nach meiner Auffassung dem Wesen nach ganz analoge und nur quantitativ, hinsichtlich des Grades der Erregung unterschiedene Zustände bei paralytischen Maniacis, in welchen, wenn man lediglich das Factum der Wortwiederholungen zum Massstabe nimmt, in sehr vollkommener Weise ein verbigerationsartiges Sprechen zu Tage tritt. Freilich giebt

[1]) Lehrbuch der Gehirnkrankheiten, III. Bd., p. 551.

hier die blosse Betrachtung der Kranken sofort die richtige Deutung der Erscheinung an die Hand. Es fehlt die motorische Ruhe, um irgend einen Wechsel in der sprachlichen Production zu ermöglichen; so wird denn durch Tage und Wochen mit denselben wenigen Worten andauernd weiter perorirt. Es ist offenbar organisch leichter und in kürzerer Zeit möglich, dieselben Innervationen zu wiederholen als neue Combinationen an die Stelle zu setzen. So ist es nach meiner Ueberzeugung lediglich durch das Princip der physischen Bequemlichkeit bedingt, wenn Paralytiker bei maniakalischen Erregungszuständen, wie ich das wiederholt gesehen habe, zum Beispiel eine Zeit lang jeden Satz, den sie hervorbringen, in Frageform kleiden. Sie haben zufällig einmal — vielleicht sinngemäss — einen Fragesatz gebaut und kommen nunmehr in der Lebhaftigkeit des Rededranges von dieser Sprechform nicht mehr los.

Alle diese bisher geschilderten sprachlichen Productionen von Paralytikern haben mit der Verbigeration, wie sie einleitend an der Hand einiger paradigmatischer Krankengeschichten geschildert wurde, nur die äusserliche Eigenthümlichkeit der vielfachen Wortwiederholung gemeinsam.

Andererseits scheint es aber auch Fälle von Paralyse zu geben, in denen eine unzweifelhaft echte Verbigeration zu Tage tritt. In dieser Beziehung glaube ich vor Allem auf eine Publication von *Knecht*[1]) verweisen zu können, deren Wiedergabe hier zu weit führen würde. Auch *Krafft-Ebing* macht die Bemerkung, dass er „eine Steigerung des Verbigerirens bis zum wahren Wortkauen" bei einem Paralytiker beobachtet habe, „der im vorgeschrittenen Stadium seines Leidens stundenlang dasselbe Wort und in unzähligen Laut- und Silbenversetzungen verbigerirend wiederholte"[2]).

---

[1]) „Ueber die katatonischen Erscheinungen in der Paralyse", Vortrag geh. im psychiatr. Vereine zu Berlin am 15. Juni 1885. Allg. Ztschrft. f. Psych. Bd. 42 (1886), p. 332.

[2]) Lehrbuch der Psychiatrie, 3. Aufl., p 109. — *Krafft-Ebing* fügt dem oben citirten Satze in Parenthese als hypothetische Erklärung des eigenthümlichen Phänomens die Bemerkung an: „corticaler Reizvorgang in der Bahn des Sprachmechanismus bei stockendem Vorstellungsgang". Er findet also auch in der Eigenart des Reizvorganges selbst die Erscheinung nicht hinlänglich begründet, sondern nimmt gleichfalls eine Hemmung im

Immerhin aber ist das Auftreten einer gut entwickelten Verbigeration bei der Paralyse eine Seltenheit, und an und für sich ist dies Symptom gewiss nicht geeignet, die Diagnose der Paralyse mitzubegründen. Für die Auffassung des Wesens der Verbigeration jedoch ist es mir von grosser Bedeutung erschienen, dass die wenigen einschlägigen Fälle von Paralyse, welche ich klinisch bezw. aus der Literatur bisher kennen gelernt habe, neben der Verbigeration auch allgemeine „motorische Hemmungszustände" dargeboten haben und insofern die oben als Regel behauptete Symptomcombination durchaus bestätigen.

Im Interesse der Uebersichtlichkeit dürfte es vielleicht zweckmässig sein, den Gang unserer Erörterung kurz zu recapituliren.

Es galt in erster Linie festzustellen, dass eine Erscheinung von der Art, wie sie von *Kahlbaum* beschrieben und mit dem Terminus: Verbigeration bezeichnet worden ist, in Wirklichkeit nicht gar zu selten beobachtet werden kann. Danach wurde durch einige Erwägungen und durch Vorführung charakteristischer Beispiele der Beweis unternommen, dass die Verbigeration eine psychopathische Sondererscheinung, ein Symptom von pathologischer Dignität darstellt, welchem somit die wissenschaftliche und practische Beachtung in gleichem Maasse wie der Ideenflucht und anderen Phänomenen zugewendet werden müsse. Es liess sich ferner constatiren, dass es eine Reihe von psychischen Krankheitsbildern giebt, bei welchen das fragliche Symptom niemals vorzukommen scheint; andererseits haben, nach den bisherigen Erfahrungen, diejenigen Krankheitsprocesse, in deren Verlauf Verbigeration auftritt, die gemeinsame Eigenthümlichkeit, dass in der Regel noch anderweitige pathologische Erscheinungen in der Bewegungssphäre, nämlich mehr oder weniger ausgeprägte „motorische Hemmungszustände" sich vorzufinden pflegen. Um die Nachprüfung dieser Behauptungen zu erleichtern und um womöglich eine einheitliche

---

Vorstellungsverlaufe als vorhanden an. — Uebrigens will ich nicht unterlassen anzuführen, dass der Eingangs von mir mitgetheilte Fall *Kupka*, welchen ich in meiner Abhandlung über die Katatonie ausführlich besprochen habe, von namhaften Psychiatern, entgegen der von mir vertretenen Ansicht, mit Bestimmtheit als zur Paralyse gehörig reclamirt worden ist.

klinische Auffassung der Verbigeration anzubahnen, wurde sodann der Versuch gemacht, eine Anzahl von heterogenen Fällen im Allgemeinen zu skizziren, in welchen die Kranken gleichfalls Wortwiederholungen produciren, ohne dass darum Verbigeration vorliegt. Beiläufig musste auch die theoretische Seite der Frage gestreift werden. Man kann sich denken, dass ein stetig wirkender und gleichförmiger Reiz im Sprachapparat obwaltet und die eigenthümliche stereotype Redeweise bedingt; dieselbe kann aber auch dadurch resultiren, dass der freien Entfaltung eines bestehenden Redetriebes organisch-functionelle Widerstände, Hemmungen sich entgegenstellen, und dass dadurch ein Loskommen von denselben Worten erschwert oder ganz unmöglich wird. Von diesen beiden Hauptmöglichkeiten, welche für das Zustandekommen einer hartnäckigen Wortwiederholung sich zwanglos ergaben, wurde aus klinischen Erwägungen — wenn auch mit allem Vorbehalt — der letzteren Hypothese der Vorzug gegeben und dadurch weiterhin die Aussicht gewonnen, in dem empirisch festgestellten Zusammenvorkommen der Verbigeration und allgemeiner motorischer Hemmungszustände eine tiefere Beziehung zu finden.

Wenn es auch bei weitem nicht möglich gewesen ist, alle einschlägigen Fragen zu berühren, geschweige denn dieselben erschöpfend zu erörtern, so darf ich doch vielleicht hoffen, dass das herbeigetragene Material berufeneren Autoren die Klärung der Frage in etwas erleichtern werde. Das aber, was mir bei dieser Arbeit in erster Linie am Herzen lag, war, an dem Beispiele der Verbigeration überhaupt darzuthun, wie wenig vorbereitet bisher der Boden für die Entwickelung einer exacteren psychiatrischen Symptomenkunde ist, und dass nur durch vereintes Bemühen vieler Mitarbeiter auf klinischem Gebiete sichere Ergebnisse gewonnen werden können. In der Somatopathologie wird es für selbstverständlich gehalten, dass es von jedem Einzelnen erst gelernt werden muss, zu sehen, ob folliculäre Schwellungen oder trachomatöse im Auge, ob katarrhalische Schleimhautaffectionen oder diphtheritische vorhanden sind, ob ein Exanthem als ein specifisches anzusprechen ist oder nicht; und als etwas ganz ebenso Selbstverständliches ist es in das ärztliche Bewusstsein eingedrungen, dass Uebergangsformen in Menge vorhanden sind, in welchen schon die rein symptomatische Dia-

gnose auf Schwierigkeiten stösst, ohne dass dadurch die Werthigkeit der von besser entwickelten Fällen abstrahirten Unterscheidungen beeinträchtigt würde. In der Psychiatrie dagegen scheint die Einsicht, dass eine distincte klinische Symptomenkunde die unerlässliche Vorbedingung für jede Diagnostik ist, und dass die Erkennung jedes einzelnen Symptomes durch ein besonderes darauf gerichtetes Bestreben erlernt sein will, noch nicht in demselben Maasse Gemeingut zu sein. Sollten meine Erörterungen über die Verbigeration — vielleicht gerade dadurch, dass trotz lebhaften Bemühens eine präcise Umgrenzung des Symptomes von mir nicht erzielt ist — dazu beitragen, die Nothwendigkeit klinischer Detailarbeiten in weiteren Kreisen zur Anerkennung zu bringen, sollte überhaupt die Methodik dieser kleinen Arbeit als eine berechtigte erachtet werden, so würde der Zweck derselben vollauf erreicht sein.

Die anregende und werthvolle Abhandlung von *Cramer*, betreffend „die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung“ (Akad. Verlagsbuchhdlg. v. J. C. B. Mohr, Freiburg i./B. 1889), in welcher mancherlei einschlägige Betrachtungen enthalten sind, ist mir zu meinem Bedauern erst so spät bekannt geworden, dass ich auf dieselbe nicht mehr Rücksicht nehmen konnte.

Ueber die bei der alkoholischen Neuritis multiplex beobachtete Geistesstörung.

Von

Dr. Th. Tiling,
Director der Irrenheilanstalt Rothenburg bei Riga.

Erst verhältnissmässig spät ist es den Autoren aufgefallen, dass sich die Neuritis multiplex häufig mit Geistesstörung verbindet. Die Geistesstörung und andere Gehirnsymptome wurden als zufällige Complicationen, bedingt durch Alcoholismus etc., angesehen und man räumte ihnen keine grössere Bedeutung ein als etwa den cerebralen Erscheinungen bei Tabes dorsualis, bei welchem Leiden der ausschliessliche Sitz im Rückenmark festgehalten wird, trotz sich mehrender Beobachtungen über Mitbetheiligung des Gehirns. Anfangs wurde eben der ausschliesslich periphere Sitz dieser Neuritis betont; später aber wurden fast alle jene Krankheitsbilder zu ihr gerechnet, die man früher als Poliomyelitis anterior nnd *Landry*'sche Lähmung angesehen hatte, und damit kam die Anschauung auf, dass es sich wohl in beiden Fällen um ein und dieselbe Krankheit handeln könnte, die sich zuweilen nur in den peripheren Nerven localisirt, zuweilen aber im späteren Verlauf, auf das Centralnervensystem übergreift, wobei freilich nur an das Rückenmark, nicht aber an das Gehirn gedacht würde. Wenn man gegenwärtig die Capitel über Poliomyelitis anterior und *Landry*'sche Lähmung mit dem über multiple Neuritis vergleicht, so muss auffallen, dass diese Krankheiten in ihren Symptomen und im Verlauf kaum mehr auseinander zu halten sind und es mag wohl bezweifelt werden, dass die Zukunft ihnen allen noch eine Sonderexistenz erhalten wird. Abgesehen aber von dieser Wand-

lung der Anschauungen ist es für mich von besonderem Interesse gewesen, die allmälige Aenderung der Ansichten im Punkte der Geistesstörung zu verfolgen. Immer mehr nämlich drängt sich den Autoren die Ueberzeugung auf, dass es sich nicht um eine zufällige Complication dabei handelt; um so weniger als sehr häufig gerade die Geistesstörung das Krankheitsbild der multipeln Neuritis eröffnet. Es schien mir daher nicht ohne Interesse zu sein, gerade diesen Punkt in der Literatur zu verfolgen, um so mehr als ich schon bei den ersten mir vorgekommenen Fällen, im Jahre 1879, eine auffallende Geistesstörung bemerkt hatte. Ich erlaube mir also aus der mir zugänglichen Literatur die betreffenden Stellen wörtlich und ohne wesentliche Auslassungen betreffend die Geistesstörung anzuführen.

Ich beginne mit der bekannten, grundlegenden Arbeit von *Leyden* „Ueber Neuritis und Poliomyelitis (Ztchr. f. klin. Med. Bd. I). Der zweite Fall bot folgende cerebrale Störungen dar: Im Octob. 1876, Morgens, verlor Pat. plötzlich das Bewusstsein und fiel zu Boden; erholte sich aber in wenigen Minuten und der Anfall hinterliess keine Folgen. Diese Anfälle wiederholten sich öfters bis Weihnachten 1878 mit kürzeren und längeren Pausen. Zu dieser Zeit trat, ohne vorhergehenden Anfall, Ameisenkriechen in den Zehen und der linken Fusssohle auf. Am 6. Juli 1879 folgte wiederum ein Anfall und 4 Tage später wurde Schwere der Beine bemerkt; nach einer Woche war schon das Gehen unmöglich etc. Am 28. Aug. Schmerz und Druck in der Stirn, Dyspnoe, Angst; am 31. Aug. die Nacht Delirien, am 1. Septbr. Sensorium benommen und am 3. Septbr. Tod. — Im ersten Fall war das Centralorgan nicht mitergriffen.

Moeli, Alcoholismus, psychische Störung, atrophische Lähmung der Extensoren am Oberschenkel (Charité-Ann. 1883.). 50jähriger Mann, Trinker, 6 Wochen vor der Aufnahme leichte Ermüdung beim Gehen. Zu gleicher Zeit wurde er wegen zunehmender Vergesslichkeit unfähig seine Stellung als Portier auszufüllen; er sass apathisch herum. Etwa 8 Tage vor der Aufnahme wurde er ganz verwirrt, verkannte die Umgebung und musste am 14. Aug. 1882 zur Irrenabtheilung gebracht werden. Pat. desorientirt, weiss nicht, wann er gekommen ist, hallucinirt, spricht von Bekannten die auch da sein sollen, liegt aber ruhig im Bett. In den nächsten Wochen bleibt der Kranke mehr oder weniger verwirrt, hallucinirt bisweilen, lässt unter sich. Erst Anfang October, 10 Wochen nach dem Beginn der Krankheit, bessert sich der psychische Zustand. Anfang November (3 Monate nach Beginn) psychisch geordneter, macht jedoch noch ganz falsche Zeitangaben und vergisst die kleinen Tageserlebnisse, die Erinnerung an die ersten Wochen im Krankenhause fehlt ganz. Am 21. De-

cember entlassen. Am 12. Januar fällt er seiner Umgebung kaum mehr als vergesslich auf. Wegen der motorischen und trophischen Störungen ist dieser Fall zur multipeln Neuritis gerechnet worden.

Ein zweiter Fall von *Moeli* (Char.-Ann. 1884) wies anfangs ein Delirium alcoholicum mit Krampfanfällen auf; das Delirium schwand bald und hinterliess offenbar keine weiteren psychischen Störungen; die Section ergab aber makroskopisch eine cerebrale Affection.

Fischer, Ueber eine eigenthümliche Spinalerkrankung bei Trinkern (Arch. f. Psych. Bd. XIII. 1882). In Betreff des ersten Kranken wird berichtet: Man bemerkte seit etwa einem Jahre einen entschiedenen Wechsel im psychischen Verhalten. Er wurde theilnahmlos, stupid, hockte manchmal stundenlang in einer Ecke und stierte vor sich hin; merkliche Defecte des Gedächtnisses fielen an ihm auf, er schlief viel. Während der Beobachtung fiel Gedächtnissschwäche auf, Wiederholen der nämlichen Geschichten. Nach 8monatlicher Behandlung und weiterem 3monatlichem Aufhalte zu Hause fielen immer noch Gedächtnissdefecte und intellectuelle Schwäche auf.

Beim zweiten Kranken traten anfangs Anfälle von Präcordialangst auf, ohne melancholische Ideen, weiter Gedächtnissschwäche und zunehmende Apathie. Die Angstanfälle wurden seltener. Der Kranke verliess die Anstalt, um nach 2 Jahren ungefähr in demselben Zustande wiederzukehren. Es blieb auffallend grosse Indolenz. Er hatte in 4 Jahren ein Vermögen von 22000 Mark verbraucht, ohne zu wissen, wo das Geld hingekommen. Ueber seine Vermögenslage schien jeder Ueberblick zu fehlen. Später trat etwas Besserung ein.

Fischer sagt auf p. 40: „Belege, ob primärer oder alkoholischer Schwachsinn mit Symptomen combinirt vorkämen, wie wir sie bei unseren Kranken fanden, fehlen vollständig. Vielleicht wird meine Mittheilung für psychiatrische Fachkreise Veranlassung der berührten Frage näherzutreten."

Im XIV. B. des Arch. f. Psych. 1883 findet sich die Arbeit von *Strümpell*, Zur Kenntniss der multipeln degenerativen Neuritis.

Fall I. 47jähriger Trinker leidet seit mehreren Jahren an Reissen in den Beinen, seit einem Jahre an Schwäche in denselben. Vor 2 Wochen wurde er ohne Veranlassung plötzlich sehr unruhig und fing an zeitweise irrezureden. Bei der Aufnahme macht er in der Unterhaltung ziemlich klare und scheinbar richtige Angaben, fragt man aber genauer, so bemerkt man eine deutliche psychische Unklarheit, seine anamnestischen Angaben sind unrichtig, er ist über Zeit und Ort nicht richtig orientirt. Sprache gut. Im nächsten Monat findet sich notirt: Pat. ist Nachts ziemlich unruhig und lärmend, spricht viel und laut; am Tage ist er oft unklar, behauptet grosse Spaziergänge gemacht, allerlei Sachen eingekauft zu haben u. dergl. Im Uebrigen aber kann man sich mit ihm ganz gut unterhalten und entwickelt Pat. dabei oft Humor. (Die Lähmungen nehmen rasch zu.) Wiederum nach einem Monat: Fortdauernd unklar, erzählt von seinen täg-

lichen grossen Spaziergängen, dabei waren die Beine aber doch recht schwach, namentlich auf dem Rückwege. So bleibt der Zustand noch etwa einen Monat bis zum Tode.

In der Epikrise sagt *Strümpell*, die psychische Störung stehe wahrscheinlich in keiner directen Beziehung zur übrigen Erkrankung, sondern beruhe auf dem chronischen Alcoholismus.

Der zweite Fall ist nur kurz referirt. Beobachtet wurde derselbe nur eine Woche; dann trat der Tod ein. Am 24. Sptbr. 1878 ist notirt: Pat. sehr unruhig, will das Bett verlassen, wobei er zusammenknickt. Am 26. Sptbr. ist er wieder klar geworden; am 29. Sptbr. Nachts sehr unruhig gewesen, am Tage wieder klar und munter; gegen Mittag Tod.

Von *Löwenfeld* sind zwei Fälle veröffentlicht worden (Arch. f. Psych. Bd. XV. 1887), von denen nur der eine psychische Störungen darbot. „Ueber Spinallähmung mit Ataxie." — Frau von 32 Jahren, Trinkerin, Niederkunft mit starkem Blutverlust am 8. Juli 1882. Daran schlossen sich unmittelbar die motorischen und sensibeln Störungen. Auch Delirien zeigten sich während einiger Tage. Aufnahme am 29. Sptbr. 1882. Vollentwickelte Krankheit. Psychisch erschien Pat. beschränkt, vor allem fiel aber hochgradige Gedächtnisschwäche auf, die sich sowohl auf Jüngstvergangenes, wie auch Längstvergangenes erstreckte. Sie wusste am Vormittage nicht wie sie während der letzten Nacht geschlafen hatte; sie stellte, um Mittag befragt, ob sie am Vormittag ein Brod erhalten habe, letzteres in Abrede, während sie 2 Stunden vorher ein solches erhalten hatte. Sie konnte sich eines Besuchs, den sie eine Stunde vorher erhalten hatte, nicht mehr erinnern. Ferner offenbarte sie eine gewisse Gemüthsabstumpfung, sie bekümmerte sich nicht um ihr Haus und die zurückgelassenen Kinder, wünschte auch ihren Mann nicht zu sehen. In 6 Wochen waren das Gedächtniss und das Interesse wiedergekehrt, und sie konnte ihrem Hauswesen vorstehen. — *Fischer* sowohl wie *Löwenfeld* sind in ihren Epikrisen nicht abgeneigt, ihre Fälle zur multipeln Neuritis zu rechnen, was in der Folge von anderen Autoren geschehen ist.

Bernhardt, Ueber multiple Neuritis der Alkoholisten, Beiträge zur differentiellen Diagnostik dieses Leidens von Tabes etc. (Ztschr. f. klin. Med. Bd. XI. 1886).

Frau G., 40 Jahre alt. Seit Beginn 1885 abnorme Gemüthsstimmung, der Tod ihres Hündchens z. B. versetzte sie in auffallende Betrübniss, und sie veranstaltete eine feierliche Beerdigung desselben. Dazu kamen Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, theils heiterer, theils schreckhafter Natur. Neben der psychischen Erregung bedeutende Gedächtnisschwäche, so dass sie am Nachmittage keine Erinnerung an die Vorkommnisse des Vormittags hatte. Bei der Untersuchung der Kranken war sie klar, wusste warum es sich handelte, trug die Klagen richtig vor. Der Mann gestand, dass sie übermässigem Alkoholgenuss ergeben war. — 6 Wochen später frei von allen Angstvorstellungen, das Gedächtniss aber nach wie vor schwach.

Oppenheim, Beiträge zur Pathologie der multipeln Neuritis und Alkohollähmung (Ztschr. f. klin. Med. Bd. XI, 1886). Es werden 6 Beobachtungen mitgetheilt; jedoch beschränkt sich der Autor auf die Schilderung der motorischen und sensibeln Störungen. Nur beim ersten Fall bemerkt er: Pat., neben den übrigen Störungen, apathisch und gedächtnissschwach, und zum Schluss aller Fälle sagt er auf pag. 261: Wenn ich daher die Pupillenstarre und auch den Nystagmus mit in das Krankenbild aufgenommen wissen möchte, so hüte ich mich wohl davor, so lange nicht unzweifelhafte anatomische Untersuchungen vorliegen, auch dieses Symptom aus einer Erkrankung der betreffenden peripheren Nerven herzuleiten, denn es ist ganz gut denkbar, — und die Betheiligung der Psyche in vielen dieser Fälle weist mit Bestimmtheit darauf hin; — dass trotz der multipeln Neuritis ein Theil der Symptome eine centrale Grundlage hat, eine Annahme, welche auch durch den beim ersten Fall mitgetheilten anatomischen Befund nahegelegt wird.

Vierordt, Beitrag zum Studium der multipeln degenerativen Neuritis (Arch. f. Psych. Bd. XIV. 1883). Eine 23jährige Puella, luetisch, hatte sich am 3. Oct. 1882 eine starke Erkältung zugezogen; am Abend desselben Tages konnte sie plötzlich nicht mehr stehen. Aufnahme am 24. Oct. 1882. Die Notizen über den psychischen Zustand sind allerdings spärlich, aber Ende November ist angeführt: Benommenheit des Sensoriums, Pat. verwechselt Namen, weiss nicht wie lange sie im Krankenhause ist. Am 11. Dec. Sensorium im Gleichen, Sprache nur einfach etwas matt. Tod am 19. Dec. Die Section ergab: Schädel mit der Dura verwachsen, umschriebene Blutungen und kleine Erweichungsheerde im Gehirn. — Der Autor spricht sich über die psychische Störung nicht weiter aus und über ihre Beziehung zur Neuritis.

Müller, Ein Fall von multipler Neuritis (Arch. f. Psych. Bd. XIV. 1883). Eine 60jährige Wirthsfrau, Trinkerin, war bisher gesund. Das Leiden begann vor c. 4 Monaten mit Bronchialcatarrh und Gelenkrheumatismus. Während des schmerzhaften Krankenlagers traten die ersten Zeichen psychischer Veränderung auf. Sie wurde launisch, unzufrieden, jähzornig, vergesslich und gerieth, als ein Sohn erkrankte, in einen Zustand agitirter Melancholie, der ziemlich rasch in völlige Verwirrtheit überging. Die Kranke äusserte allerhand abrupte, sinnlose Wahnvorstellungen, die sie anfallsweise in grosse Erregung versetzten, so dass am 26. Juni 1882 die Unterbringung in die hiesige Irrenklinik erfolgte. Pat. völlig verwirrt, giebt ganz verkehrte Antworten, verwechselt Personen, ist nicht im Geringsten orientirt, glaubt ihre Kinder schreien zu hören, ruft nach der Hebamme, sie müsse entbunden werden, wolle mit der Bahn abreisen etc. Sie ist dabei häufig amnestisch-aphatisch, aber ohne dysartrische Störung. Bis zum 11. Juli, wo der Tod eintrat, wurde sie ruhiger und schwächer, sonst keine Veränderung. Am Gehirn senile Veränderungen. Der Autor bemerkt in Bezug auf die Geistesstörung: „Es finden sich auffallen-

derweise unter den wenigen bisher veröffentlichten Fällen mehrere, in denen mit der Neuritis psychische Störung auftrat. So sahen *Goffroy* (Arch. de phys. 1882) sowie *Grainger Stewart* (Edinb. med. J. 1881), je einen Fall, in dem ausgesprochene Demenz vorhanden war." Ferner citirt der Autor den Fall von *Leyden* mit cerebralen Erscheinungen. „Ob und welcher Zusammenhang, fährt der Autor fort, zwischen beiden Krankheiten besteht, lässt sich vorerst noch nicht feststellen; jedenfalls ist die Thatsache bemerkenswerth, dass in derartigen Fällen bei intactem Rückenmark gleichzeitig Gehirn und periphere Nerven ergriffen sind, ein Verhältniss, welches unter Umständen wohl diagnostische Schwierigkeiten zu bereiten im Stande sein mag."

Lilienfeld, Zur Lehre von der multipeln Neuritis (Brl. klin. Wchschr. 1885). Der 26jährige Pat. war Trinker; seit längerer Zeit fiel er seiner Umgebung durch ein eigenthümlich verändertes Wesen auf; seine Stimmung war oft eine gereizte, und er zeigte zugleich eine erhebliche Abnahme des Gedächtnisses, später Doppeltsehen und Schwäche in den Beinen etc. Einige Tage vor der Aufnahme, 23. Febr. 1885, fing er an zu deliriren, er sprach verwirrt, glaubte im Circus zu sein, sah Schlangen, Katzen etc. Bei der Aufnahme erhebliche Trübung des Bewusstseins, er erschien in seinen Aeusserungen vollkommen verworren, war über Ort und Zeit nicht orientirt, hörte beständig Stimmen, sah Schlangen, Mäuse etc. und befand sich dabei in steter Euphorie. Schon wenige Tage nach der Aufnahme schwanden die Delirien, Pat. war frei von Hallucinationen, erschien aber doch noch in hohem Grade verwirrt und konnte namentlich über seinen Zustand nur ziemlich mangelhafte Angaben machen. Erst im weiteren Verlaufe trat darin Besserung ein, doch bestand eine ausgeprägte geistige Schwäche, die sich in einem hohen Grade von Apathie, Interesselosigkeit und namentlich in einer auffallenden Abnahme des Gedächtnisses documentirte, auch fernerhin noch fort. Das Bild der Neuritis war sonst vollkommen entwickelt. Im Juli, also 5 Monate nach der Aufnahme, ist notirt: Pat. ist noch reizbar, vermag sich nicht anhaltend zu beschäftigen, Lesen und Briefschreiben strengt ihn an. Besonders auffällig ist die sehr ausgesprochene Gedächtnissschwäche. Dieser Autor betont zuerst sehr bestimmt die Zusammengehörigkeit beider Reihen von Störungen, der psychischen und der motorischen etc. Er sagt auf pag. 730: „Die psychischen Erscheinungen sind also keineswegs nur zufällige Begleiterscheinungen, sondern müssen als integrirender Bestandtheil des gesammten Krankheitsbildes angesehen werden."

R. Schulz, Beitrag zur Lehre der multipeln Neuritis der Potatoren (Neurol. Cntrbl. 1885, No. 19, 20, 21). Pat., 33 J. alt, Trinker, hat wiederholt Anfälle von Delirium tremens. Aufgenommen 16. Sptbr. 1884; zu Hause wurde wieder Delirium tremens vermuthet. Bei der Aufnahme voll-

ständig ruhig, aber geistig so unklar und verwirrt, dass eine Anamnese nicht erhoben und seinen Angaben kein Gewicht beigelegt werden konnte. Pat. liegt ruhig, schwatzt unverständliches Zeug vor sich hin. Klagen über Bilder, Unklarheit und Eingenommenheit des Kopfes. So blieb der Kranke, zuweilen klarer und auf Fragen einigermaassen Antwort gebend, bald verwirrter, ass und trank was gereicht wurde, liess Stuhl und Urin unter sich. Am 6. Nov. ist notirt: Pat. ist geistig noch völlig wirr, körperlich bedeutend besser geworden etc. Am 8. Nov.: Pat. ist jetzt recht gesprächig, erzählte aus seiner Vergangenheit scheinbar vernünftig. Am 26. Nov.: Die psychischen Störungen verschwinden mehr und mehr. Am 16. März ist Pat. genesen entlassen worden. *Schulz* betont, ebenso wie *Oppenheim*, die Gründe, die etwa für eine Mitbetheiligung des Centralnervenorgans sprechen könnten; er erkennt aber die mikroskopischen Befunde andererseits nicht als beweiskräftig an, die von *Popow*, *Rosenbach* und *Tschisch* und ganz neuerdings von *Erlitzki* angeführt worden sind, namentlich Vacuolenbildung in den Ganglienzellen der Vorderhörner. Aus demselben Grunde wendet er sich gegen *Eisenlohr*.

Witkowski, Zur Klinik der multipeln Alkoholneuritis (Arch. f. Psych. Bd. XVIII. 1887). Deutliche geistige Störung fand sich nur in dem ersten der beiden Fälle, von dem es heisst: 48jähriger Schuhmacher, Trinker, zeigte c. 14 Tage vor der Aufnahme Verminderung der motorischen Kräfte, und gleichzeitig führte er Tag und Nacht unzusammenhängende Reden. Bei der Aufnahme Wahnideen, glaubt sich in Frankfurt a. O. zu befinden und zum Manöver gehen zu müssen. Auch Hallucinationen verschiedener Art quälen ihn, besonders solche des Gesichts. Er sieht sich von seinen z. Th. verstorbenen Verwandten umgeben und unterhält sich fortwährend leise mit ihnen. Das Gedächtniss des Pat. ist sehr kurz. Im weiteren Verlauf sah Pat. die Unrichtigkeit seiner Ideen ein und deutete sie als Träume. Dabei machten die Angaben über seinen Zustand und bei den Untersuchungen seines Körpers selbst im ersten Stadium den Eindruck vollkommenster Genauigkeit. Pat. besserte sich langsam. Vom zweiten Pat. heisst es nur, dass er sehr träge war, und dass es meist wiederholter Fragen bedurfte, ehe eine Antwort erfolgte.

Eichhorst, Ein Beitrag zur Lehre von der Alkoholneuritis (*Virch.* Arch. 1888). Ein 50jähriger Landwirth, Trinker, zeigte seit etwa 6 Wochen tabesartige Gehstörungen und bald darauf Lähmung etc., dazu auch Somnolenz und Delirien. Beobachtungszeit nur 6 Tage; der psychische Zustand zeigte während dieser Zeit einmal leichte Besserung und neue Verschlimmerung.

Die Arbeiten von *Goffroy*, Arch. de physiol. 1882 und *Grainger Stewart*, Edinb. med. Journal 1881 liegen mir nur in Referaten vor. Sie enthalten je einen Fall von Neuritis multiplex, in denen ausgesprochene Demenz vorhanden war.

Dagegen geschieht keiner psychischen Störung Erwähnung oder wird

ausdrücklich hervorgehoben, dass keine psychische Störung vorhanden war in folgenden Arbeiten:

Eichhorst, Neuritis acuta progressiva (*Virch.* Arch. 1876).

Oppenheim, Beitrag zur Pathologie der multipeln Neuritis (Brl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkr. Sitz. v. 9. Nov. 1885).

Oppenheim, Ein Fall von multipler Neuritis im Stadium der Reconvalescenz (Verhndl. d. Gesellsch. d. Char.-Aerzte, 11. Nov. 1886).

Thomas, Ueber einen Fall von Polyneuritis (Versamml. der südwestdeutsch. Neurol. und Irrenärzte, Mai 1886).

Löwenfeld, Ein Fall von multipler Neuritis mit Athetosis (Neurol. Cntralbl. 1885, No. 7 u. 8).

Laquer, Zur Lehre von der alkoholischen Neuritis (Vers. süd-westdeutscher Neur. zu Strassburg, Juni 1887).

Eisenlohr, Ueber acute Polyneuritis und verwandte Krankheitsformen mit Rücksicht auf ihr zeitliches und örtliches Auftreten (Brl. klin. Woch. No. 42, 1887). 9 Fälle.

Rosenheim, Zur Kenntniss der acuten multiplen Neuritis (Arch. f. Psych. 1887, Bd. XVIII).

Einlau, Ein Fall von multipl. Neuritis (Brl. klin. Woch. 1886).

Senator, Ueber acute multiple Myositis bei Neuritis (refer. in d. Deutsch. med. Wochenschr. 1888).

Cornelius, Beiträge zur Casuistik d. multipeln Neuritis (Inaugural-Dissert. Berl. 1888).

Die angeführte Literatur enthält, wenn sie auch nicht vollständig ist, doch die meisten neueren Arbeiten über multiple Neuritis. In der überwiegenden Mehrzahl aller ausführlichen Arbeiten wird auch über eine Geistesstörung berichtet, und zugleich handelt es sich in diesen genau beschriebenen Fällen fast immer um Alkoholneuritis. Unter den angeführten Fällen sind 21 Alkoholneuritiker, die sämmtlich an Geistesstörung litten (nur das Referat des Vortrages von *Laquer* hebt ausdrücklich hervor, dass der Kranke Trinker war und keine Geistesstörung darbot). Dagegen ist von Geistesstörung nur 2 mal die Rede in den übrigen, der spontanen Neuritis zugehörigen Fällen, nämlich im ersten Fall von *Leyden* und in demjenigen von *Vierordt*. Daraus folgt wohl ohne Weiteres für die Alkoholneuritis, dass von einer zufälligen Complication beider Reihen von Erscheinungen nicht die Rede sein kann. Bei genauerer Betrachtung aber zeigt sich ausserdem, dass die Geistesstörung ziemlich parallel den übrigen Erscheinungen folgt. Während des meist recht langen Initialstadiums der alkoholischen Neuritis tritt Abnahme der Geisteskräfte,

Veränderung des Charakters, Apathie etc. auf; mit dem Ausbruch der deutlichen Lähmungserscheinungen, erscheinen Delirien, Hallucinationen, Unruhe, Verwirrtheit, meist aber nur paroxysmenweise für einige Tage und schwinden dann wieder; mit der Besserung oder der mehr oder weniger vollkommenen Genesung schwinden und vermindern sich auch die geistigen Störungen oder sie steigern sich, bei ungünstigem Ausgange, zum Coma. Dieser Parallelismus beider Reihen von Erscheinungen beweist sicher ihre Zusammengehörigkeit; beide entwickeln sich, wachsen und vermindern sich auf einem Boden. — Bei einer wörtlichen Zusammenstellung der Angaben über die Geistesstörung, wie es oben geschehen ist, springt aber sofort in die Augen, dass die psychische Störung fast in allen Fällen denselben Charakter trägt. Selbst in den kürzesten Referaten wird Gedächtnissschwäche ausdrücklich betont; sie eröffnet das Bild, gepaart mit Indolenz und Apathie, und beschliesst es auch, indem sie die anderen episodischen Erscheinungen überdauert. Neben dieser Gedächtnissschwäche war die Combinationskraft relativ gut erhalten, wie ebenfalls meist ausdrücklich hervorgehoben wird, und die episodischen Wahnideen und Sinnestäuschungen verfälschten das Bewusstsein nicht dauernd. Besonders ausgesprochen ist die Uebereinstimmung in der Schilderung des ersten Falles von ***Moeli***, der beiden Fälle von ***Fischer***, des ersten Falles von ***Löwenfeld***, ferner derjenigen von ***Müller***, ***Bernhardt***, ***Lilienfeld***, ***Witkowski***, des ersten Falles von ***Oppenheim*** und desjenigen von ***Strümpell***. Manche Fälle sind zu kurz skizzirt, als dass man sich ein deutliches Bild von ihnen machen könnte. —

Diese mehr oder weniger reine Amnesie, zeitweise bis zu amnestischer Aphasie gesteigert, ist der gewöhnlichen Demenz der chronischen Geisteskranken nicht eigenthümlich, und sie wird daher auch in Irrenanstalten sehr selten beobachtet und in den Lehrbüchern der Psychiatrie nicht gesondert beschrieben (ein drastisches Beispiel findet sich in dem Werke von *Al. Savage*, deutsch von ***Knecht***). Es liegt ihr also wohl ein anderer Hirnprocess zu Grunde, und sie wird durch andere Momente bedingt, als die Demenz der chronischen Geisteskranken. Da bestimmte Sectionsbefunde bisher hierüber ausstehen, so können wir uns nur nach den ätiologischen Momenten umsehen, in deren Gefolge diese Art der Geistesstörung aufzutreten pflegt, und da tritt uns vor allen

anderen der Alcoholismus entgegen. Die alkoholische Neuritis hat offenbar diese Art der Demenz mit dem chronischen Alcoholismus gemein. — Es kann natürlich nicht davon die Rede sein, die ganze Literatur über den Alcoholismus hier anzuführen, auch nur soweit als von Amnesie dabei die Rede ist; nur einige Arbeiten möchte ich erwähnen. ***Moeli*** (Stat. u. Klin. über Alcohol., Charité-Ann. 1882) zählt die verschiedenen Formen der Geistesstörung bei Alkoholikern auf und sagt im Abschnitt III, Schwäche, Vergesslichkeit, Ungeschicklichkeit, Fehlen jeder Initiative bis zu starkem Schwachsinn, dann auch Sinnestäuschungen bis zu chronischer Verwirrtheit, dabei Sehstörungen, Anästhesie, motorische Schwäche bis zum Nachschleppen eines Beines etc.: das seien die Erscheinungen dieser Gruppe. Schwerere Lähmungen hätte er dabei nicht gesehen. ***Wille***, die anatomischen und klinischen Beziehungen des Alcoholismus chronicus (Allg. klin. med. Zeit. 1883) sagt: Bei chronischem Alcoholismus tritt zum Unterschiede von progressiver Paralyse weniger eigentlicher Blödsinn (Urtheils- und Verstandesschwäche) ein als Stumpfsinn (Interesselosigkeit, Reactionslosigkeit) und sehr charakteristisch temporäre Gedächtnisschwäche neben Störungen der Motilität und Sensibilität. Eine die bisherige Literatur in Frankreich über diesen Gegenstand zusammenfassende Arbeit ist diejenige von ***Babille***, Des troubles de la Mémoire dans l'alcoholisme et plus particulièrement de l'amnesie alcoholique, Paris 1886. Der Autor schilderte nach eigner und fremder Beobachtung Fälle von vollkommen entwickelter Amnesie mit intercurrenten Perioden von Alienation und in einem anderen Capitel eine sog. larvirte oder latente Form des Alcoholismus, wo die betr. Personen durch regelmässigen, wenn auch nicht übermässigen Alkoholgenuss oder durch Inhalation von Alkohol bei verschiedenen Berufsarten, eine gewisse Abschwächung aller geistigen Potenzen darbieten, besonders des Gedächtnisses. Solche Menschen treiben ihr Geschäft weiter als Routiniers, sind aber unfähig eine neue Idee zu fassen etc. Von motorischen und sensibeln Störungen ist in dieser Arbeit nicht die Rede; nur von Tremor, Indigestionserscheinungen u. dgl. — Die neueste Arbeit über alkoholische Amnesie stammt von ***Freund*** her (Klin. Beitr. z. Kenntn. der generellen Gedächtnissschwäche. Arch. f. Psych. Bd. XX, 2. Heft 1889). Die erste Patientin bot anfangs schwerfälligen Gang und lancini-

rende Schmerzen dar, Perversitäten der Empfindung, Ataxie, Fehlen der Patellarreflexe und Parese der unteren Extremitäten; endlich Auftreten eines Mal perforant an der rechten Ferse, Incontinentia urinae et alvi. Die Erinnerung reichte etwa bis zu ihrem 30. Lebensjahr; über die letzten 20 Jahre ihres Lebens wusste sie so gut wie nichts und vergass alle Vorkommnisse des täglichen Lebens sofort. Ab und zu traten leichte Delirien auf, ohne doch dauernd das Bewusstsein zu verfälschen, und ausserdem Erinnerungstäuschungen. — Bei der zweiten Kranken traten epileptische Convulsionen mit nachfolgendem delirantenähnlichen Zustande auf, darnach Coma mit Zungen- und Schlundlähmung; Rückbildung aller Krankheitserscheinungen in den nächsten Wochen und bleibende Gedächtnissstörung. Anfangs noch nebenher leichte Hallucinationen und Delirien; die jedoch auch schwanden. Die Gedächtnisschwäche äusserte sich ganz in derselben Weise wie im ersten Fall; nur kam in diesem Fall noch eine interessante Erscheinung hinzu, nämlich in Folge der hochgradigen Gedächtnisschwäche eine Schreibstörung, bestehend in ungeordnetem Durcheinanderwerfen der Sylben, eine amnestische Agraphie. — Aus dem Angeführten ist zu ersehen, dass die Amnesie als besonders hervortretende, psychische Störung allen oder fast allen Fällen von alkoholischer Neuritis multiplex, sehr allgemein denjenigen Fällen von chronischem Alcoholismus zukommt, die überhaupt mit sensiblen und motorischen Störungen verbunden sind, ja die leichteren Grade von Amnesie werden auch nicht selten an solchen Alkoholikern beobachtet, die keine andere motorische Störung darbieten als etwa Tremor. Es ist also der Schluss wohl gestattet, dass die cerebrale Störung in allen diesen Fällen dieselbe ist; offen dagegen bleibt noch die Frage, ob jede, auch eine leichte alkoholische Lähmung auf einer nachweisbaren Affection peripherer Nerven beruhe oder ob die Neuritis multiplex nur in den schwersten Fällen von Lähmung zu der cerebralen Störung hinzutrete? Sehr eingehend beschäftigt sich mit dieser Frage sowie besonders mit der Untersuchung der amnestischen Geistesstörung *Korsakow*: Die psychischen Störungen bei der alkoholischen Paralyse und das Verhältniss derselben zu den psychischen Störungen bei Neuritis multiplex nicht alkoholischen Ursprungs, Russ Wjestnik Psychiatrij 4. Jahrg. 2 Heft. — Ohne sich auf anatomische Untersuchungen stützen zu

können, meint der Verfasser doch jede alkoholische Lähmung auf multiple Neuritis zurückführen zu können. Er sagt, zuweilen träten die physischen Störungen in den Vordergrund, zuweilen prävalirten die psychischen und die physischen seien nur angedeutet, so dass sie übersehen werden könnten. Sie beschränkten sich dann auf Schwäche der Beine, Abmagerung derselben, leichte Oedeme und Fehlen der Patellarreflexe. — Von der psychischen Störung sagt der Autor, dass das Längstvergangene gewöhnlich fest im Gedächtniss haften geblieben sei und nur das Jüngstvergangene sofort wieder dem Gedächtniss entschwinde. Im Gespräch und bei seinen Handlungen benutze der Kranke nur das früher gesammelte Material an Erfahrungen und auch hier nur die allergeläufigsten Phrasen und Gedankenverbindungen; der Kreis seiner Ideen sei daher ein sehr enger, und er producire keine neue Ideen. Die geistigen Interessen seien erloschen, und das Gemüths- und Gefühlsleben seien abgestumpft. — Gewisse Eindrücke durch die Sinne blieben demnach unbewusst haften, und es tauchten Erinnerungen aus der Zeit der Krankheit bei wiederkehrender Gesundheit oder Besserung auf. — Die einzelnen Erinnerungen retablirten sich aber nicht gleichzeitig, und der Kranke ordne sie nicht nach ihrer Aufeinanderfolge und wisse Erlebtes von Gedachtem und Gehörtem nicht zu unterscheiden. Zur Erklärung dieser Amnesie zieht Verfasser eine Störung des Associationsapparates im Gehirn heran; und nicht nur zur Erklärung der Amnesie, sondern auch der Stadien der Verwirrtheit. — Diese sehr genauen Beobachtungen werden durch einzelne Aufzeichnungen von Kranken belegt und illustrirt. — Gewiss wird jeder Beobachter der Amnesie diese Schilderung des Verfassers bestätigen; in diesen Erscheinungen ist gerade das Wesen der Amnesie enthalten. Fraglich ist es dagegen ob die gleiche Zustimmung dem Satze zu theil wird, dass jede alkoholische Parese auf multipler Neuritis beruhe. — Weiter bezeichnet *Korsakow* als multiple Neuritis alle Lähmungen nach Typhus, Pocken, Diphtheritis, Beri-Beri, nach Intoxicationen mit Arsen, Blei, Schwefelkohlenstoff etc., ferner bei Diabetes, Tuberculose, endlich namentlich bei gewissen Erkrankungen des Unterleibes und der Beckenorgane (faule Früchte, Pyämie). — Auch *Leyden* rechnet ja in seiner Arbeit „die Entzündung der peripheren Nerven", alle jene Lähmungen zur peripheren Neuritis, allein nicht ohne auf die be-

achtenswerthen Differenzen hinzuweisen, die diese Lähmungen in Localisation, Symptomen und Verlauf von einander unterscheiden. Es ist eben nicht jede periphere Neuritis zugleich eine multiple Neuritis. Unter letzterer Bezeichnung versteht man eine solche Neuritis, welche die Tendenz zeigt, sich über die meisten Körpernerven zu verbreiten, also eine Panneuritis, wie *Bäls* die Beri-Beri-Neuritis bezeichnet. Eine solche Panneuritis ist die Alkoholneuritis und nur sehr wenige andere Neuritiden. Nur die letzteren konnten und können auch Anlass zur Verwechslung mit *Landry*'scher Lähmung und Poliomyelitis geben. — Es mag hier Erwähnung finden, dass *Korsakow* sowohl wie *Leyden* der grossen Zahl von Neuritiden, die sie aufstellen, wesentlich zwei Entstehungsursachen zu Grunde legen, die einander nahe verwandt sind, nämlich Intoxication durch Metalle, Alkohol etc. einerseits und Infection oder auch Selbstinfection durch Ptomaine andererseits. Nachdem nun *Korsakow* den Begriff multiple Neuritis so ausserordentlich weit ausgedehnt hat, versucht er durch eigene Beobachtungen und durch Citate aus der Literatur den Beweis zu erbringen, dass allen diesen Neuritiden sich dieselbe amnestische Geistesstörung zugesellt oder häufig zugesellt. — Das ganze Gebiet des chronischen Alcoholismus, von den leichtesten Graden der motorischen Störungen angefangen, wäre darnach nur ein kleiner Theil der Neuritis multiplex, und der ganze Alcoholismus und alle jene Neuritiden hätten die Tendenz mit amnestischer Geistesstörung einherzugehen. Es liegt auf der Hand, dass einen wirklichen Beweis hierfür zu erbringen sehr schwer ist. Der Autor führt aus seiner eigenen Beobachtung vier Fälle an, die von Nichttrinkern herstammen. Die drei ersten boten neben allgemeiner Neuritis grosse Verwirrtheit und Gedächtnissschwäche dar; beim vierten Fall kam die Gedächtnissschwäche sehr wenig zur Geltung. Eine Durchsicht der Literatur lehrt dagegen, dass in Fällen nichtalkoholischer Neuritis multiplex nur sehr selten von psychischer Störung die Rede ist (ich verweise auch auf die oben von mir citirten Fälle), und auch diejenigen Fälle, welche von *Korsakow* als Belege seiner Behauptung angeführt werden, zeigen meist keine charakteristische Form. — Soweit mir die Literatur über multiple Neuritis bekannt geworden, kann ich nur sagen, dass das volle Krankheitsbild derselben d. h. eine Panneuritis gewöhnlich nur beobachtet worden

ist als Alkoholneuritis, als spontane Neuritis (Erkältung, Unterleibserkrankungen, Blutverluste etc.) und als Beri-Beri-Neuritis. Weiter ergiebt sich, dass von diesen nur die Alkoholneutritis sich regelmässig mit jener amnestischen Geistesstörung verbindet, während von der Beri-Beri-Neuritis nichts Aehnliches berichtet wird; vereinzelt finden sich allerdings auch Fälle von spontaner Neuritis mit Amnesie. Wohl mit Recht sagt daher *Witkowski* in seiner citirten Arbeit, „dass man bisher die alkoholische Neuritis nicht genügend von der nichtalkoholischen geschieden habe, und dass man zur Entscheidung der Frage nach dem primären Sitz der Läsion nicht nur die schwersten und hochgradigsten Fälle dieses Alcoholismus verwerthen sollte". — Freilich hat *Witkowski* dabei noch nicht an eine bestimmte Form von Geistesstörung gedacht, sondern nur überhaupt an Geistesstörung. —

Diejenigen Fälle von amnestischer Demenz, die mir zur Beobachtung gelangt sind, betreffen mit einer einzigen Ausnahme Alkoholiker. In dem einen Fall schien ein Alkoholmissbrauch allerdings ausgeschlossen; jedoch muss auch hinzugefügt werden, dass in diesem Fall, der sonst eine vollentwickelte Neuritis multiplex darbot, die Amnesie lange nicht den Grad erreichte wie bei den übrigen Kranken und auch vorübergehender war. Ferner muss ich vorausschicken, dass meine Fälle meist der Privatpraxis entstammen und darum nicht von Anfang bis zu Ende beobachtet und auch nicht der wünschenswerthen genauen physikalischen Untersuchung unterzogen werden konnten. Die drei ersten Fälle stammen zudem aus einer Zeit, wo die multiple Neuritis noch nicht in unser medicinisches Lexikon aufgenommen worden war, d. i. aus dem Jahr 1879. Die beiden zuletzt anzuführenden Fälle zeigten endlich auch nicht das Bild der vollentwickelten Neuritis multiplex, sondern blieben auf der Stufe des Alcoholismus mit Paresen wie die Fälle von *Freund*. Mit den ersten drei Fällen ist es mir so ergangen wie *Fischer*, *Strümpell* und *Moeli* d. h. ich musste sie als Spinalaffection, die acuteren zur *Landry*'schen Lähmung, und den chronischen zur Poliomyelitis anterior rechnen. — Mich frappirte seinerzeit besonders dabei die psychische Störung, für die ich keinerlei Aufklärung in der damaligen Literatur finden konnte. —

Ich lasse nun die Notizen folgen, die ich mir seiner Zeit gemacht habe:

Beob. I. Am 27. April 1879 wurde ich zu einem 40jährigen Kaufmann in Petersburg gerufen. Er hatte erst seit kurzer Zeit Schwäche in beiden Beinen bemerkt. Am genannten Tage war sein Gang schwerfällig, schleppend; die Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper war herabgesetzt und deutlich verlangsamt; Blase und Mastdarm functionirten gut. Die Gemüthsstimmung war auffallend gleichgültig, er selbst machte sich keinerlei Sorgen; sein Gedächtniss für jüngere Ereignisse war schwach. Am 4. Mai, als ich ihn wiedersah, war der Gang noch viel schlechter geworden, die Schmerzempfindlichkeit noch mehr verlangsamt, die Apathie grösser und das Gedächtniss so schwach, dass er augenblicklich vergass, ob er gegessen, Arznei genommen etc.? Es waren spontane Schmerzen in den Beinen vorgekommen. Am 9. Mai war Pat. bettlägerig und alle Erscheinungen hatten zugenommen; auch die Hände waren ganz kraftlos. Bis zum 12. Mai war wiederholt Erbrechen aufgetreten und der Leib war aufgetrieben, aber nicht empfindlich. Gedächtniss war gar nicht vorhanden, und Sorgen machte er sich gar nicht; er fragte halb scherzend: „nun wann machen Sie mich gesund?“ Am 15. Mai, urinirt viel, Erbrechen; die Hände ganz kraftlos, werden aber bewegt, ebenso die Finger; die Beine dagegen können activ fast gar nicht bewegt werden; die Extensoren an den Oberschenkeln sind deutlich in ihrem Volumen vermindert, die Unterschenkel ödematös geschwollen. Am 17. Mai, Athmung oberflächlich, paralytisch, Husten, Hautfarbe cyanotisch, Puls klein und sehr beschleunigt. Die Sprache ist deutlich und zusammenhängend, aber der Kranke vergisst Alles sofort wieder. Am 18. Mai erfolgte der Tod. Die Section wurde nicht gestattet. Syphilis wurde in Abrede gestellt, dagegen Abusus spirituosorum zugegeben.

Die Sensibilitätsstörung und die psychische Affection passten freilich nicht zum Bilde der *Landry*'schen Lähmung; die Betheiligung der Nn. splanchnici, phrenici und vagi stimmte wohl zur *Landry*'schen Lähmung, wie sie heutzutage zu dem der multipeln Neuritis stimmt.

Beob. II. Der zweite Fall betraf eine Frau, die Mutter einer berühmten Circusakrobatin, und verlief ähnlich; leider blieb die Beobachtung desselben noch oberflächlicher, weil die Patientin sich damals schon in extremis befand. Frau O., 43 J. alt, syphilitisch gewesen und dem Trunke stark ergeben, war seit dem Sommer sehr hinfällig geworden; sie hatte an ziehenden Schmerzen und Steifigkeit in den Beinen gelitten, so dass sie keine Treppen steigen konnte. Im August wurde der Gang schleppend, und es fiel grosse Vergesslichkeit auf. Bettlägerig war die Frau seit zwei Wochen. Es bestand dabei Schlaflosigkeit, unzusammenhängendes Reden des Nachts und öfter Erbrechen, aufgetriebener Leib, Obstipation und seit 4 Tagen Urinretention. Am 12. November 1879 sah ich die Patientin und erfuhr die obigen Daten vom behandelnden Arzt. Damals war der Leib sehr aufgetrieben und der Urin wurde nur durch den Katheter entleert. Die Frau antwortete auf Fragen ganz richtig, und die Articulation war voll-

kommen intact, sie zeigte aber grosse Vergesslichkeit. Der Händedruck war kraftlos, die Beine konnte sie im Hüftgelenk und Knie kraftlos beugen, strecken fast gar nicht; im Fussgelenk waren active Bewegungen ganz unmöglich, schlaffe Lähmung. Nadelstiche wurden nur zuweilen schmerzhaft empfunden, aber auch dann verspätet. Am 15. November hatte sich der Zustand weiter verschlimmert. Pat. war ganz theilnahmlos, sprach wohl einige Worte, erkannte aber ihre Nächsten nicht mehr. In den Beinen waren keine Bewegungen mehr möglich, und die Schmerzempfindlichkeit war ganz erloschen. Trotz Calomel und 7 Klystieren war an dem Tage keine Ausleerung mehr erfolgt Später habe ich nur noch vom Collegen erfahren, dass am 16. Abends paralytisches Athmen aufgetreten, die Extremitäten blau und der ganze Körper kühl geworden, und dass am 17. November 12 Uhr Mittags der Tod eingetreten sei.

Beob. III. Am 12. November 1879 wurde ich zu einem Collegen gerufen, dem Dr. M., 35 J. alt, der dem Alkohol stark ergeben gewesen war. Nach seiner eigenen Angabe hatte er einmal ein Ulcus molle acquirirt. Damals lag er schon seit ungefähr 14 Tagen zu Bett. Schon seit Monaten hatte er über Meteorismus und allgemeine Schwäche geklagt, wie mir seine Hospitalscollegen sagten. Als ich ihn sah, waren die Bewegungen aller Extremitäten kraftlos, die Streckung des 4. und 5. Fingers der rechten Hand aber war ganz unmöglich; die Finger hingen schlaff herab. Ausserdem bestand Parese des rechten N. abducens. Die Gemüthsstimmung war sorglos und heiter. Am 16. November wurde er in ein Krankenhaus übergeführt und dort eine Schmierkur und innerlich Jodkali verordnet. Am 17. November sah ich ihn zum zweiten Mal; die Extensoren der Vorderarme waren nun sämmtlich paretisch und er klagte über einige sehr empfindliche Punkte an den Vorderarmen, die er selbst aufgesucht hatte. Der Schlaf war schlecht. Er hatte an dem Tage vergessen, wann er in's Krankenhaus übergeführt worden, und wer an demselben Tage bei ihm gewesen. Am 21. November klagte Pat. selbst, er vergesse Alles, z. B. wer bei ihm gewesen. Unterdessen waren auch die Rumpfmuskeln so kraftlos geworden, dass er sich nicht anders im Bett aufsetzen konnte, als indem er sich auf eine Seite warf und dann auf einen Ellenbogen stützte. Schmerzempfindung war vorhanden, erschien aber verspätet. Das erste Spatium interosseum und der Daumenballen erscheinen rechts eingesunken. Die Blasenfunction sollte nicht immer kraftvoll sein. Am 1. Dec. ist notirt: Pat. sehr vergesssam, weiss es selbst und notirt die Namen derjenigen, die ihn besuchen, um sie nicht zu vergessen. Die Stimme ist verändert, klanglos, die Bauchmusculatur schwach, Bauchpresse unmöglich, so dass beim Aufhusten der Unterleib sich deutlich vorwölbt; das Expectoriren ist fast unmöglich. Die Wadenmusculatur ist kräftig; das Aufrichten im Bett aber ebenso schwierig wie früher. Die Parese der Arme und Beine unverändert und die Extremitätenmusculatur ist auffallend abgemagert. Leichtes Kneifen der Haut ruft verspätet eine Empfindung hervor, die allmälig zum Schmerz

anwächst. Gegen Kälte ist Pat. sehr empfindlich. Bei activen und passiven Bewegungen der unteren Extremitäten treten Schmerzen in den Muskeln auf, besonders in den Semitendinosis und Semimembranosis. Ebenso besteht noch Empfindlichkeit gegen Druck hier und an einigen Punkten der Ulnarseite des rechten Vorderarms. Am Kreuzbein ist Decubitus aufgetreten. Einige durchfällige Stühle sind heute gewesen. Am 12. Dec. sah ich den Pat. wieder und auch zum letzten Mal. Der Decubitus war verheilt. Beim leichten Kneifen der Haut der Extremitäten und des Unterleibes trat die Empfindung ebenso verspätet auf, schwoll dann zum brennenden Schmerz an und dauerte längere Zeit noch (ähnlich der Contraction der Muskeln bei Entartungsreaction). Sonst war nichts Neues zu constatiren. — Ich bemerke nur noch, dass der Kranke gebessert das Krankenhaus verliess um auf's Land zu gehen. Er hat dann noch einige Jahre gelebt, ohne jedoch wieder leistungsfähig zu werden.

Die beiden folgenden Beobachtungen stammen aus dem Jahre 1888. Den ersten Patienten habe ich nur einmal gesehen, am 21. August.

Beob. IV. W. K., 50 J. alt, Beamter, war am 5. Juni desselben Jahres in das allgemeine Krankenhaus zu Riga aufgenommen worden wegen eines Fussleidens. In der Krankheitsgeschichte ist bemerkt, dass vor 2—3 Wochen ein kleines Geschwür an der zweiten Zehe und eines an der medialen Seite der Ferse des rechten Fusses vom Kranken bemerkt, aber nicht beachtet worden, bis es sich so weit vergrössert, dass das Gehen unmöglich geworden sei. Es fand sich an der Fusssohle, entsprechend dem Metatarso-phalangealgelenk der zweiten Zehe ein kreisrundes, ziemlich tiefes Ulcus von der Grösse eines Zehnkopekenstückes. An der inneren Fläche der Ferse ein grösseres Ulcus mit vertieftem Grunde und nekrotischen Rändern. Die Geschwüre verbreiteten einen aashaften Geruch. Am 21. Juni Operation. Bis zum 21. Juli, wo Pat. entlassen wurde in häusliche Verpflegung, keine Tendenz zur Heilung. In den letzten Tagen des Krankenhausaufenthalts war Irrereden aufgetreten. Pat. behauptete ernstlich, weite Reisen in dieser Zeit gemacht zu haben. Zu Hause besserte sich allmälig die Wunde, die psychische Störung blieb bestehen. — Ich fand den Pat. zu Bette liegend, sehr anämisch und abgemagert; besonders die Extremitäten erschienen in ihrem Volumen vermindert, vorzüglich die Streckseiten der Vorderarme und die Zwischenknochenräume der Hände; ebenso die Ballen der Daumen und der Kleinfinger. Die Extensoren der Hände waren gelähmt, so dass ein Heben der Hände bei fixirten Vorderarmen nicht möglich war, und wenn Pat. die Arme erhob und gebrauchen wollte, so hingen die Hände schlaff herab. Ebenso waren die Beine mager und kraftlos, und besonders die beiden Quadricipites erschienen atrophisch. Nadelstiche wurden theils verspätet, theils gar nicht empfunden; zuweilen auch verspätet, aber desto intensiver. Die Muskeln waren gegen Druck empfind-

lich, Reflexe fehlten. Alle diese Erscheinungen waren einige Tage früher vom Arzt nicht beobachtet worden. Die Antworten des Pat. waren ganz verkehrt; er behauptete anfangs in Wien zu leben und dann meinte er soeben sein juristisches Examen in Dorpat gemacht zu haben und sich in Riga als Advocat niederlassen zu wollen. Von seiner Krankheit und ihrem bisherigen Verlauf hatte er keine Ahnung; Tageszeit, Datum etc. waren ihm völlig unbekannt. Auch alle Einzelnheiten des Gesprächs entschwanden seinem Gedächtniss sofort wieder. Der Puls war klein und sehr beschleunigt. Eine genauere Untersuchung vorzunehmen hatte ich nicht mehr Gelegenheit. Bei zunehmender Schwäche ist der Kranke am 1. September gestorben. Er hat wenigstens früher stark getrunken.

Beob. V. Der zweite Kranke H. D., 40 J. alt, Kaufmann, sollte sich im Frühjahr eine starke Erkältung der Füsse zugezogen haben. Später sind Schmerzen im linken Fuss aufgetreten, die der Kranke auf einen eingewachsenen Nagel an der grossen Zehe bezog und durch eine Operation zu beseitigen hoffte. Im Juli brauchte er gegen die fortdauernden Schmerzen warme Fussbäder; zu Ende des Monats wurde Verfärbung der Haut an der grossen Zehe constatirt. Anfang August waren deutliche Anzeichen von Gangrän der grossen und der zweiten Zehe vorhanden. Etwa um die Mitte des Septembers begränzte sich die Gangrän in der Gegend des Capitulum metatarsi primi und an der zweiten Zehe in der Mitte der ersten Phalanx. Unterdessen war an dem Kranken Gedächtnissschwäche und Irrereden aufgefallen. Bei einer Untersuchung am 22. September ergab sich Gedächtnissmangel für viele der gewöhnlichsten Daten; er wusste nicht die Namen seiner Aerzte und seines Pflegers, ebenso wusste er nicht den Tag und das Datum anzugeben; dagegen war er wohl orientirt über seine Familienverhältnisse, seine Beschäftigung, seine Krankheit und zeigte grosse Sorge um sein Fussleiden; auch die Verordnung des Arztes kannte er. Qualitative Verfälschung des Bewusstseins war damals nicht zu constatiren; jedoch sollten paroxysmenweise unter lebhaften Beängstigungen der Drang davonzulaufen, Personenverwechslung etc. vorgekommen sein. Ausser diesen psychischen Störungen bestand allgemeine Herabsetzung der Sensibilität, weswegen das Nervenleiden auch von den Collegen als Hysterie gedeutet worden war. Tiefe Nadelstiche wurden an Zehen und Fingern nur undeutlich als Druck empfunden; nächstdem war die Analgesie am ausgeprägtesten an den Aussenflächen aller Extremitäten bis zu den Oberschenkeln resp. Oberarmen hinauf; doch war sie auch am Rumpf und sogar im Gesicht vorhanden. Die Analgesie entsprach nicht bestimmten Nervenausbreitungen, und es lagen neben empfindlichen unempfindliche Punkte; ja derselbe Punkt war einmal sehr tolerant gegen Nadelstiche und bald darnach empfindlich. Die Reaction gegen den Schmerz trat dann mit Lebhaftigkeit auf, wie es dem lebhaften und ängstlichen Temperament des Kranken entsprach. Neben dieser Sensibilitätsstörung war Druckempfindlichkeit beim Betasten der Muskulatur und der

Nervenstränge an den unteren Extremitäten vorhanden. — An den unteren Extremitäten fiel ferner ein hochgradiger Schwund des Fettpolsters und der Muskulatur auf. Ganz besonders ausgeprägt war dieser Schwund an den Waden und wiederum mehr an der linken. Ihr Umfang betrug 2 cm weniger als derjenige der rechten und ebenso betrug der Umfang des linken Oberschenkels 4 cm weniger als derjenige des rechten. Die Muskulatur fühlte sich schlaff an; aber Reflexe von der Haut, den Sehnen und Muskeln waren vorhanden; bei unbequemer Lagerung der Glieder oder bei intendirten Bewegungen trat starkes Zittern derselben auf, sodass Pat. selbst sie zu fixiren bat; auch dieses war auffallender an der linken Extremität. Die Muskelkraft war besonders an den unteren, aber auch an den oberen Extremitäten sehr herabgesetzt. Aufstehen lassen konnte man den Pat. nicht wegen seiner Wunden. Die elektrische Untersuchung, die einige Tage später vorgenommen werden sollte, gelang wegen des ungebehrdigen und wehleidigen Wesens des Pat. nur sehr ungenügend; es gelang zu constatiren, dass an den N. peroneis auf den faradischen Strom keine Reaction erfolgte. — Angewandt worden waren hauptsächlich Injectionen von Morphium gegen die argen Schmerzen, und zwar gr $^1/_3$, 4—5 Mal in 24 Stunden. Morphiumhunger war in ziemlich beträchtlichem Grade vorhanden. — Am 25. September um 12 Uhr Mittags wurde ich zum Patienten geholt, weil er seit dem Abend vorher sehr aufgeregt geworden war. Nach einer schlaflosen Nacht war heftige, gereizte Stimmung und Irrereden aufgetreten. Ich fand den Kranken sehr beängstigt, er redete mich an und wollte mir offenbar seine Leiden klagen, die Worte waren aber ohne Zusammenhang. Je weiter er redete, desto unvollständiger wurden die Sätze, und endlich gelang es ihm nicht mehr Worte genug auszusprechen, sondern es waren nur noch die Anfangssylben verständlich, die Endungen liefen gewöhnlich auf Orium, Borius etc. hinaus. Dabei steigerte sich die Angst und Unruhe, er griff nach den Umstehenden, wollte sich durch Zeichen verständlich machen; es war aber nicht möglich. Angeblich sollte er vor meiner Ankunft den anwesenden Bruder zuerst erkannt, und begrüsst, hernach aber verkannt und aus dem Zimmer getrieben haben. Ich liess dem Kranken eine Morphiuminjection machen. Im Laufe des Nachmittages hatte sich die Pseudaphasie oder amnestische Aphasie gegeben. Am 28. September, wo ich den Kranken wiedersah, erschien er geistig wieder soweit geordnet, wie vor dem Anfall. Die Atrophie der Muskeln hatte unterdessen noch zugenommen. Die Ergebnisse der Sensibilitätsprüfung waren die früheren; dazwischen sollte die Analgesie auch geringer gewesen sein. Am 8. October war der Zustand unverändert; das Gedächtniss, wenn auch schwach, beherbergte doch schon weit mehr Daten, die Schmerzen waren geringer, die Ruhe grösser und das subjective Befinden besser geworden. Am 12. October wurde die Amputation der gangränösen Glieder ausgeführt. Am 24. October trat wieder grosse Aufregung auf; Pat. soll gewaltthätig geworden sein und hat fortlaufen wollen; viel-

leicht eine Folge der begonnenen Morphiumentziehung. Soweit nur habe ich die Krankheitsgeschichte verfolgen können, da Patient nachher in andere Behandlung übergegangen ist. Der Zustand soll sich allmählich gebessert haben. In diesem Falle lag kein Alcoholismus vor.

Die beiden folgenden Fälle betreffen Alkoholiker, bei denen aber die motorischen Störungen weit weniger hochgradig waren.

Beob. VI. Th. R. 54 J. alt, unverheirathet, Wraker, aufgenommen in die Anstalt Rothenberg den 2. März 1879, entlassen den 27. September 1883. Innere Organe gesund, am Kopf und an den oberen Extremitäten keine Bewegungsstörungen, die elektromuskuläre Erregbarkeit und Sensibilität jedoch ein wenig herabgesetzt. Die beiden unteren Extremitäten sind für den faradischen Strom ganz unempfindlich, und keine Spur einer Muskelkontraction ist sichtbar. Stecknadelstiche werden erst empfunden, wenn sie in das Unterhautzellgewebe dringen. Pat. kann sich nur mit Unterstützung erheben und gehen, der Gang ist steif, nicht atactisch. Die Dorsalfortsätze der Wirbelsäule sind gegen Druck empfindlich; Blase und Mastdarm functioniren gut. — Psychisch fällt grosse Gedächtnisschwäche auf; wenige Stunden nach der Aufnahme glaubt er schon lange in der Anstalt sich zu befinden, weiss nicht mehr, wer ihn herbegleitet hat, kann über sein Alter etc. nur unklare Auskunft geben. Symptome von Erinnerungstäuschung *(Sander)*, Pat. will schon in der Anstalt gewesen sein, kennt die Mitkranken. Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen sind nicht nachzuweisen. — Die Anamnese ergab keine Heredität, dagegen starken Alkoholmissbrauch; Pat. hat täglich 5—6 starke Schnäpse und viel Portwein consumirt, ohne betrunken zu sein; er hat auch in venere excedirt und Infectionen acquirirt. Im Laufe des letzten Jahres traten die Bewegungsstörungen der unteren Extremitäten hervor, Pat. konnte einige Zeit gar nicht gehen; dann fiel Gedächtnisschwäche und Irrereden auf. — Weiter findet sich notirt:

10. März. Motorisch Besserung, geht ohne Stock, aber mit steifen Knieen, klagt über Ermüdungsgefühl. Psychisch unverändert, weiss keine Zahlen, Datum, wiederholt oft dieselbe Phrase. —

31. März. Hat Besuch erhalten, meint aber bald darnach selbst in der Stadt gewesen zu sein.

20. Juni. Die motorischen Störungen gleichen sich immer mehr aus, psychisch unverändert.

24. Juli. Psychisch unverändert, Bronchialkatarrh.

15. September. Steifer Gang und leichtes Nachschleppen der Beine, Pat. sieht sehr wohl aus, psychisch unverändert. —

13. October. Gedächtnisschwäche dieselbe, öfters weinerliche Stimmung; der steife Gang bleibt.

Am 5. Juli 1880 ist wiederum ein Status praesens aufgenommen: Emphysem, Bronchialkatarrh, Herz normal, Puls 72. Keine Innervationsstörungen nachzuweisen, auch Sensibilität überall normal, Kraft ebenfalls

gut; nur Fussphänomen und Patellarsehnenreflex nicht deutlich, Cremasterreflex deutlich erhalten. Kein Schwanken bei geschlossenen Augen, Gang mit etwas steifen Knieen, elektrische Erregbarkeit der Muskeln vorhanden. Gedächtniss nach wie vor äusserst schwach. Pat. weiss nur Einzelnes aus seinem Vorleben; über seine Aufnahme nichts, hat vergessen, dass er sich früher in einer anderen Abtheilung befunden. Sein Ideenkreis ist ein beschränkter, fasst schwer; kann beim Kartenspiel die einzelnen Touren nicht behalten, Stimmung heiter und freundlich. So bleibt nun der Zustand bis zur Entlassung, d. h. noch 2 Jahre lang. Gestorben ist Pat. erst nach einigen Jahren am Krebs der Parotis. —

Der zweite Fall ist folgender:

Beob. VII. Th. S. 36 J. alt, Handlungscommis, aufgenommen in die Anstalt Rothenberg d. 5. August 1885, entlassen d. 17. April 1886. Pat. ledig, soll nicht syphilitisch gewesen sein; jedoch stark getrunken haben. Vor 6 Wochen an Delirium erkrankt. Die Familie, Eltern, Brüder, Schwestern, gesund. Im Delirium fiel Pat. zweimal auf den Hinterkopf und danach stellte sich Lähmung der Beine ein. Vor 4 Wochen wurde er in's Hospital des Diakonissenhauses aufgenommen. Während seines Aufenthalts daselbst wurden auch die Arme paretisch. — Er sprach dort von Holz- und Heukäufen, meinte sich im Comptoir zu befinden oder eine Ausfahrt gemacht zu haben, war nicht orientirt über seine Lage. — Bei der Aufnahme in die Anstalt Rothenberg zeigte sich weder an den Augen noch im Gesicht noch an der Zunge eine Lähmung; die Bewegungen der Arme erfolgten langsam, beim Anfassen kleiner Gegenstände trat Zittern der Hände und Vorbeigreifen auf; nur mit Mühe konnte er die Tasse zum Munde führen; der Händedruck war schwach. Beide unteren Extremitäten waren gelähmt, Pat. konnte weder stehen noch gehen. Die Sensibilität an den unteren Extremitäten soweit herabgesetzt, dass er bei Stecknadelstichen nur die Berührung empfand. Cremaster- und Patellarsehnenreflex sehr herabgesetzt. Das Gedächtniss hat stark gelitten, sowohl für Namen und Zahlen, wie für Ereignisse. Er weiss nicht, wo er sich befindet, meint in der Vorstadt zu sein; auf die Frage, was er heute Morgen getrieben, meint er, er sei im Comptoir gewesen. In den nächsten Tagen trat Lähmung des *N.* radialis linkerseits hinzu, so dass die Hand herabhing und die Dorsalflexion unmöglich war.

8. September: Unter Gebrauch von Jodkali hat sich der Zustand soweit gebessert, dass Pat. ohne Hülfe aufstehen und eine kleine Strecke gehen kann; der Gang ist steif, keine Beugung in den Kniegelenken, und dabei schleudernd. Absolute Gedächtnissschwäche, kein Irrereden.

17. September: Zustand unverändert, die Paralyse des Radialis besteht fort.

15. November: Der Gang hat sich wesentlich gebessert, er ist aber noch etwas schleudernd, das Stehen auf einem Bein und bei geschlossenen Augen ist nicht unmöglich, aber er schwankt dabei. Die Dorsalflexion

der linken Hand ist noch schwach, besonders am 4. Finger; auch an der rechten Hand ist die Dorsalflexion wenig ausgiebig und kraftlos; der Druck der linken Hand ist bedeutend schwächer als derjenige der rechten. Atrophie der Muskeln ist nirgends vorhanden. Die Gedächtnisschwäche hat etwas abgenommen; während Pat. früher die Jahreszahlen immer verwechselte, irrt er sich jetzt nur täglich im Datum und auch nicht sehr bedeutend. Der ferner liegenden Thatsachen erinnert er sich besser als der jüngsten. — In diesem Zustande verblieb Pat. bis zu seiner Entlassung. Er wurde zur Pflege auf dem Lande untergebracht.

An diesen kurz mitgetheilten Krankengeschichten sind folgende Besonderheiten hervorzuheben.

1. Die Sensibilitätsstörung war keineswegs auf die Extremitäten und die sonst etwa paretischen Theile des Körpers beschränkt, sondern sie bestand auch am Gesicht und an Theilen des Rumpfs die keine motorische Störung darboten. Sie wechselte ausserdem, war zuweilen sehr deutlich und dann auch wieder kaum nachweisbar. — Die Ausbreitung der Analgesie entsprach also nicht der Ausbreitung der paretischen, betroffenen Nerven.

2. Der Eintritt der Schmerzempfindung war oft verspätet. Die Schmerzempfindung schwoll aber dann, wenigstens während des Höhestadiums der Krankheit, selbst bei schwachem Reiz, zu einer unverhältnissmässigen Höhe an und dauerte längere Zeit nach. Diese Curve der Schmerzempfindung gleicht, wie schon angeführt, derjenigen, welche die Contraction der Muskeln in der Entartungsreaction zeigt.

3. Die Gangrän im 4. und 5. Fall ist wohl als neuroparalytische zu betrachten. In der mir zugänglichen Literatur ist blos einmal eines solchen Vorkommens erwähnt und zwar in dem ersten Fall von *Freund*, l. c.

4. Alle die mitgetheilten Krankengeschichten bestätigen die Erfahrung, dass zur alkoholischen Lähmung, sei es eine Neuritis multiplex, sei dieselbe auf eine Rückenmarkserkrankung zurückzuführen, in der Regel Geistesstörung in Form der Amnesie tritt und dass bei vehementem Verlauf des Processes oder bei Exacerbationen eines chronischen Processes Verwirrtheit hinzutritt, die aber wieder schwindet, ohne dauernde Verfälschung des Bewusstseins, sobald der Krankheitsverlauf in ruhigere Bahnen einlenkt. Diese Verwirrtheit scheint mir aber nur ausnahmsweise durch Hallucinationen, Illusionen oder überhaupt durch eine krankhafte Pro-

ductivität des Gehirns veranlasst zu werden; ich möchte sie in meinen und den meisten Fällen der Literatur als blosse Ausfallserscheinung ansehen; denn wenn der Kranke von Spaziergängen, Reisen u. dergl. alltäglichen Erlebnissen redet, so verbindet er nur weit Auseinanderliegendes, zu verschiedenen Zeiten Erlebtes oder auch nur Gehörtes mit einander, weil überall Lücken vorhanden sind, nachdem dies Dazwischenliegende ausgelöscht ist. Mir scheint die Erklärung dieser Erscheinung durch Störung des postulirten Associationsapparats nicht glücklich gegriffen zu sein; der Kranke combinirt oder associirt die Erlebnisse im Gegentheil zu kühn und zu leichtsinnig, weil die wirkliche Aufeinanderfolge der Erlebnisse zu viele Lücken oder dunkle Punkte in der Erinnerung aufweist. Bei dem höchsten Grade dieser Amnesie tritt aber Aphasie resp. Agraphie auf.

5. Der eine Fall war, wie schon gesagt, nicht alkoholischer Natur. Die Amnesie unterschied sich in diesem Fall von allen übrigen; sie war viel weniger intensiv; es fehlten wohl die zum täglichen Bedarf nöthigen Daten, Namen, Zahlen, aber im Ganzen blieb der Kranke doch orientirt über seine Lage, er wusste auch was mit ihm geschehen war, dass er Morphium erhielt und war stets in Sorgen um seinen Zustand, sogar in übertrieben ungeduldiger Weise; im Gegensatz zur Apathie und Gemüthsstumpfheit der übrigen Kranken. Damit soll aber natürlich nicht gesagt sein, dass es nicht auch schwere Fälle nichtalkoholischer Natur gäbe. — Bisher giebt es aber nur wenige Fälle in der Literatur von allgemeiner Neuritis mit Amnesie, die der alkoholischen Neuritis gleichen, so gross sonst auch die Zahl der zur Neuritis peripherica gerechneten Lähmungen sein mag. — Nach dem klinischen Bilde möchte ich dagegen als der Alkoholneuritis nahestehend einige Nervenstörungen ansprechen, die allerdings nicht auf Intoxication mit Giften oder Infection resp. Selbstinfection mit Ptomainen beruhen. Ich meine vor Allem die traumatischen Neurosen, wie sie in ganz neuer Weise bearbeitet sind von *Oppenheim*, Berlin 1889. Abgesehen von dem kurzen Hinweise von *Oppenheim* selbst, pag. 129, auf die Analogie zwischen Alcoholismus und traumatischer Neurose, möchte ich ausdrücklich der Beobachtungen 14 und 20, aber auch 1, 8, 18 erwähnen. In der ersten der genannten Beobachtungen wird berichtet: Pat. gleichgültig, zerstreut, gedächtnisschwach,

glaubt oft seinen Namen rufen zu hören; Schwindel, Flimmern und Flor vor dem rechten Auge, Anästhesie, besonders Analgesie der behaarten Kopfhaut und rechten Körperhälfte, mehr an der medialen Seite der Extremitäten, Geruchssinn geschwächt rechterseits, Geschmackssinn beiderseits, Schmerzhaftigkeit der Bewegungen der rechten Extremitäten und Volumsabnahme daselbst, Nachschleifen des rechten Beins etc. Ebenso bieten die genauen Ausführungen des Autors über Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen nach Traumen manches Analoge.

Vielleicht gehören zu eben dieser Kategorie auch manche der Fälle, von denen *J. Wagner* berichtet, „über einige Erscheinungen im Bereich des Centralnervensystems, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden", Jahrb. f. Psych. Bd. VIII, H. III. 1889. Der Autor hebt besonders die Amnesie und zwar die Amnesie retroactive hervor, aber erwähnt auch nervöser Störungen und citirt solche von *Ribot* (das Gedächtniss und seine Störungen). — Weniger ausgesprochen als in den traumatischen Neurosen sind die motorischen Störungen, die sich zur Amnesie gesellen in den senilen Psychosen. Amnesien in dem geschilderten Grade sind ja seit lange, vielleicht am längsten im Senium bekannt und beobachtet worden. Ich möchte hier nur wieder auf die neueste Arbeit hinweisen, *Fürstner*, „Ueber die Geistesstörungen des Seniums". Arch. f. Psych. Bd. XX, 2. 1889. Dort schildert der Autor auf pag. 465 u. ff. eine Form mit acutem Ausbruch und mehrmonatlicher Dauer, in der sich zu der psychischen Störung andere cerebrale Symptome gesellen, Kopfschmerz, Schwindel, profuse Transpiration, Verdauungsstörungen, cyanotische Färbung der Haut, kleiner, beschleunigter Puls, Pupillendifferenz, leichte einseitige Facialis- und Extremitätenparese, aphasische und paraphasische Zustände. Die psychische Störung charakterisirt sich durch Verworrenheit und Desorientirung, Hallucinationen und Illusionen, völliges Verkennen der Umgebung, ungereimteste Antworten bezüglich des Raumes und der Zeit, deprimirte, weinerliche Stimmung, nach Wochen oder Monaten tritt bei einem Theil dieser Kranken Nachlass der Unruhe, Hallucinationen etc. ein, aber es bleibt noch längere Zeit fortbestehen Desorientirtheit, Apathie, die Fragen werden absolut falsch beantwortet etc. Die Prognose dieses Zustandes ist verhältnissmässig günstig.

Alles Gesagte zusammenfassend komme ich zu dem Schluss, dass die alkoholische Neuritis multiplex unter allen Neuritiden eine ganz besondere Gruppe bildet, die keineswegs als ausschliesslich peripherische, sondern die einstweilen als Affection der peripherischen Nerven und zugleich des Gehirns anzusehen ist. Eine Rückenmarksaffection ist bei derselben noch nicht nachgewiesen, muss jedoch als wahrscheinlich gelten. Dem Krankheitsbilde der Alkoholneuritis schliessen sich einige Fälle von Neuritis multiplex an, die durch Erkältung, Blutverluste, puerperale Processe etc. entstanden sind. Ferner stehen den leichteren Graden der Alkoholneuritis nahe manche Fälle von traumatischer Neurose und von seniler Geistesstörung. In allen diesen Krankheitsbildern ist die Prognose bezüglich der motorischen und sensibeln Störungen nicht durchaus schlecht; die psychische Störung hinterlässt dagegen meist einen Defect des Gedächtnisses und als Folge davon immer grössere Einengung des geistigen Gesichtskreises.

Nachtrag: Es mag noch nachträglich ein kurzes Referat der Allgem. med. Cntralz. 1889, No. 38 über eine Arbeit von *O. Minkowski*, Beiträge zur Pathologie der multipeln Neuritis, — hier angeführt werden. Es werden 14 Fälle von multipler Neuritis mitgetheilt; als hervorstechendes ätiologisches Moment war fast in allen Fällen Alcoholismus nachweisbar; auch konnte in einigen Fällen Lues in Betracht kommen. Psychische Störungen waren besonders bei ausgesprochenen Alkoholisten vorhanden.

Zwei im Civilverfahren abgegebene motivirte Gutachten über der Simulation verdächtig gewesene Verbrecher.

Von

Dr. Alfred Richter,
Oberarzt der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf.

I.

Am 3. Januar 1889 fand in der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf ein Termin in Sachen der Entmündigung des Hermann D. Statt, in welchem die Unterzeichneten als Sachverständige fungirten. Bei der Schwierigkeit des Falles waren sie nicht in der Lage, bereits am Tage des Termins ein definitives Urtheil über den Provokaten abzugeben, sondern behielten sich ein schriftliches, motivirtes Gutachten vor und ersuchten um Uebersendung des einschlägigen Aktenmaterials. Dasselbe folgt anbei zurück mit der gehorsamen Bemerkung, dass wir trotz des Umfanges des Materials das Gutachten früher abgegeben hätten, hätte nicht der p. D. zur Abfassung seiner Vita, welche er zu den Entmündigungsakten wünschte, so lange Zeit gebraucht. Der Inhalt der Vita des p. D. stimmt, was das Thatsächliche seines Lebens anbetrifft, mit dem Inhalt der verschiedenen Akten überein und ist Provokat in dieser Beziehung bei der Wahrheit geblieben, nur im Punkte seines Doctor-Examens hat er gelogen, diese Lüge jedoch zugestanden, denn p. D. ist weder in Berlin zum Doctor promovirt, noch hat er sich das Doctordiplom an der Universität zu Philadelphia erworben, was mit Bezug auf die Abschrift der Eingabe des Polizei-Präsidenten zu Berlin an den Minister Falk Excellenz vom 7. Juli 1879 (s. Zuschrift des Ministerii der geistlichen etc. an das Königl. Amtsge-

richt II in Berlin vom 14. Febr. 1889) besonders erwähnt sei; was jedoch sein in seiner Vita über den Verlauf seiner Krankheit niedergelegtes Urtheil anbetrifft, so hat er dasselbe zu sehr zu seinen Gunsten gefällt. Jedoch hierüber noch später.

1. Vorgeschichte. Der p. D. wurde geboren am 2. August 1852 zu R.; sein Vater war daselbst Zuchthausinspector, seine Mutter hat nach Aussage Verschiedener an Sinnestäuschungen gelitten, ein Grossonkel mütterlicherseits und eine Cousine seiner Mutter sollen geistesgestört gewesen sein. 1858 verzog die Familie nach W., wo der Vater des Provokaten die Stelle des Arbeitsinspectors an der Strafanstalt übernommen hatte. Daselbst besuchte Provokat die Elementarschule. 1860 ging er daselbst zur „höheren Privatschule". Provokat behauptet in seiner Vita, bis dahin völlig gesund und ausserordentlich begabt gewesen zu sein, als er im Januar 1862 in Folge eines Sturzes eine Gehirnerschütterung erlitt. Von da ab will er bis zu seinem Aufenthalte in Dalldorf, während dessen sich nach seiner Behauptung seine Genesung vollzog, ununterbrochen, wenn auch bald mehr bald weniger, geistesgestört gewesen sein; seine Geistesgestörtheit hätte sich namentlich in Kopfschmerzen, Ohnmachtsanfällen, Schwindelanfällen und Sinnestäuschungen des Gehörs und Gesichts geäussert. Jedoch, wie bereits bemerkt, soll über den Krankheitsverlauf des Provokaten, sowie über die Glaubwürdigkeit seiner eigenen Meinung über denselben später ausführlich verhandelt werden.

Gegen Ende des Jahres 1862 wurde der Vater des Provokaten unter dem Verdacht der Unterschlagung verhaftet; aus der Untersuchungssache als schuldlos hervorgegangen, wurde er Mai 1863 nach S. als Rendant an die dortige Strafanstalt versetzt. Daselbst besuchte nun Provokat das Gymnasium von der Sexta an. Während seiner ganzen Gymnasialzeit ist Provokat bereits geschlechtlich sehr erregt gewesen und hat sich, wie er berichtet, in die unsaubersten Liebesverhältnisse eingelassen, wenn auch das, was er hierüber erzählt, ausgeschmückt sein mag; jedenfalls ist hierbei gleich auf den Widerspruch aufmerksam zu machen, dass sich Provokat einerseits immer als früh gereift und als „Mann" hinstellt, andererseits wieder als elend und krank, wie es ihm gerade passt.

August 1867 machte Provokat einen Typhus durch, welcher gleichfalls seinen leidenden Zustand beeinträchtigte.

September 1871 verliess der Vater des Provokaten seine Familie, entzog sich einer abermaligen Untersuchung wegen Unterschlagung durch die Flucht und ist für die Seinen verschollen geblieben.

September 1872 bestand Provokat sein Maturitätsexamen und lag von da ab namentlich den classischen Studien an der Hochschule in B. ob.

Zum Militairdienst wurde er als untauglich befunden, namentlich wohl mit zu Folge eines Herzfehlers.

1873 verbüsste auch die Mutter des Provokaten, jedenfalls in der Sache ihres Ehemannes, drei Monate Gefängniss.

Sehr bald nach überstandenem Maturitätsexamen oder wohl schon vor demselben hatte sich Provokat mit einer gewissen K. aus A. verlobt und dann verheirathet. Der Vater derselben wurde December 1875 wegen Meineids verfolgt und Provokat März 1876 wegen Verdachts der Verleitung zum Meineide verhaftet. Krankheitshalber im April wieder entlassen, sollte Provokat im Mai wieder verhaftet werden, entzog sich aber der wiederholten Verhaftung durch die Flucht bis Juli. November wurde er jedoch freigesprochen. Als sich nun Provokat zu dem Staats- resp. Doctorexamen meldete, wurde er von der Königlichen Prüfungscommission wegen moralischer Unwürdigkeit zurückgewiesen.

Provokat gab sich nun literarischer Thätigkeit hin, doch hatte er kaum diese Laufbahn betreten, als er im Mai 1878 wegen Betrugs zu einem Monat Gefängniss verurtheilt wurde, und zwar hatte er in plumpester Weise betrogen, nämlich statt der — bereits bezahlten — Manuscripte leere Blätter dem Verleger zugeschickt.

Als darauf Provokat im Juli die Redaction der damals ultra-liberalen S.er Zeitung übernommen hatte, wurde er schon zu Folge des Leitartikels der dritten Nummer, welcher verleumderische Beleidigungen des Königlichen Staats-Ministerii enthielt, verhaftet. Derselbe ist thatsächlich auch so geschrieben, als ob Provokat mit demselben seine Verhaftung bezweckt gehabt hätte. August zu einem Jahre Gefängniss verurtheilt, wurde er October nach dem Centralgefängniss G. abgeführt. Mai 1879 wurde er nach halb verbüsster Strafe begnadigt, büsste damals jedoch gleich jene einmonatliche Strafe (Mai 1878) ab.

Seit November beschäftigte sich dann Provokat mit kritischen und satirischen Artikeln für den K. Sonntags-Anzeiger. Februar 1880 wurde jedoch ein Roman, welchen Provokat als Original veröffentlicht hatte, als die Uebersetzung (mit geringfügigen Abänderungen) eines sonst nicht unbekannten englischen Romans erkannt; zu Folge der, überdies vergeblichen, Langmuth des Strafantragstellers wurde Provokat aber erst Mai 1881 verurtheilt und zwar zu einer Geldstrafe von 600 RM. resp. zwei Monaten Gefängniss; zur Verbüssung dieser Strafe wurde er im Juni 1882 verhaftet und hatte sie im August verbüsst.

Bereits im November desselben Jahres wurde er wieder verhaftet und im Februar 1883 wegen versuchten Betruges in einem Fall, vollendeten Betruges in acht Fällen und Betruges nach mehrmaliger Vorbestrafung wegen Betruges in drei Fällen zu drei Jahren Zuchthaus, Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte auf drei Jahre und 600 RM. Geldbusse resp. noch 40 Tage Zuchthaus verurtheilt. Nachdem im April die eingelegte Revision verworfen worden, wandert D. im Juni nach dem Zuchthaus. War seine Führung in G. als eine mustergiltige bezeichnet worden, so wurde sie jetzt eine geradezu empörend schlechte genannt. D. sind alle in seiner Personalakte

verzeichneten ihn belastenden Punkte wohl in der Erinnerung und er sucht sich in Bezug auf alle schuldlos hinzustellen; es scheint jedoch als ob ihm sein nicht gutes körperliches Befinden sehr zu passe gekommen sei, er sich zeitweise über die dortigen Verhältnisse in feiner Weise lustig gemacht und der Direction im Geheimen ein Schnippchen geschlagen habe.

Wirklich schien D., einmal zu Zuchthausstrafe verurtheilt, der letzte moralische Halt verloren gegangen zu sein. Seine Frau hatte sich seiner Zuchthausstrafe halber von ihm scheiden lassen; da heirathete er bald nach seiner Entlassung (Juni 1886) zum zweiten Male; er wandte sich erst zwar an den Verein zur Besserung entlassener Strafgefangener, jedoch bald darauf scheint er wieder begonnen zu haben mit Betrug und Schwindel, wenigstens findet sich in den Untersuchungsakten ein mit Professor Dr. D. gezeichnetes Recept bereits vom November 1886 vor. März 1887 wurde er auch schon zum Isolirgewahrsam eingeliefert. September fand die Hauptverhandlung Statt. Sie lautete gegen D. auf wiederholten vollendeten und versuchten Betrug, Urkundenfälschung, Abgabe einer falschen eidesstattlichen Versicherung und Anstiften zu solchen Vergehen. Doch es wurde beschlossen, die Verhandlungen bezl. des D. zu vertagen und denselben durch den gerichtlichen Sachverständigen bezüglich seines Geisteszustandes bezw. Zurechnungsfähigkeit untersuchen zu lassen und im October wurde der gerichtliche Physicus Dr. *W.* hiermit beauftragt.

Derselbe begutachtet unter dem 31. October 1887:

„pp. dass der Angeschuldigte auch an Sinnestäuschungen leidet, dürfte aus seiner Angabe, dass er Stimmen höre, dass er von geschichtlichen Personen, selbst vom Kaiser Wilhelm besucht worden sei, zu entnehmen sein. Von einer Simulation dieses geistigen Zerfalles kann füglich keine Rede sein, denn mit ihm gehen greifbare körperliche Lähmungserscheinungen Hand in Hand. Der Angeschuldigte bietet ein krankes, blasses Aussehen dar. Die Pupillen sind zwar gleich und reagiren auf Lichtreiz ziemlich gut, aber die linke Gesichtshälfte steht tiefer als die rechte, die Furchen derselben sind fast verstrichen und treten nur beim Mienenspiel (wie beim Lachen) deutlicher hervor. Die Zunge zittert beim Herausstrecken, ebenso zittern die ausgestreckten Hände. Der Sehnenreflex an den Beinen ist fast aufgehoben. Der Gang ist steif und unsicher und wenn auch dabei die Füsse möglichst nahe an einander gehalten werden, so werden sie nicht gehörig gehoben. Die Ferse tritt zuerst auf; bisweilen schwankt Inculpat beim Gehen mit dem Oberkörper. Er hat ein Gefühl von Schwere und Taubheit in den Beinen und von Kribeln unter der Haut wie Ameisenlaufen. Bisweilen will er reissende Schmerzen in den Beinen empfinden. Bei geschlossenen Augen wurde ihm schwindelig, beim Umdrehen um seine Längsaxe mit geschlossenen Augen drohte er umzufallen und klagte beim Oeffnen derselben über ein Wehgefühl im Magen und über Schwindel."

„Diese körperlichen Lähmungserscheinungen stehen mit den schwach-

sinnigen Grössenideen in voller Harmonie. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass der Angeschuldigte an fortschreitender Lähmung (paralytischem Blödsinn) leidet, einer Krankheit, die zwar Remissionen macht, aber unheilbar ist."

„Die Strafthaten, deren der Angeschuldigte bezüchtigt wird, dürften nach allem unter dem Einfluss seiner Krankheit, seiner Grössenideen, verübt worden sein. Jedenfalls ist anzunehmen, dass der Angeschuldigte schon längere Zeit, wahrscheinlich über Jahr und Tag an seiner Krankheit leidet und äussere ich mich schliesslich gutachtlich dahin:

1. „Der Angeschuldigte D. leidet und hat bereits längere Zeit gelitten an einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit, durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist."

2. „Er ist nicht verhandlungsfähig."

3. „Er ist unter dem Einfluss seiner Grössenideen als gemeingefährlich zu erachten."

November wurde das Verfahren wider D. vorläufig eingestellt und derselbe nach der Irrenabtheilung der Königlichen Charité gebracht.

Hier wurde über ihn Folgendes zu Journal gebracht:

„30. Nov. 1887. Krankheit: Einfache Seelenstörung, Paranoia chronica Patient behauptet, Professor der Philosophie, Medicin, Theologie, Geheimer Hof- und Regierungsrath zu sein, habe viel medicinische Werke geschrieben, hat aber nur von Allem, wonach man ihn fragt, oberflächliche Kenntniss, mit der sich der gröbste Unsinn mischt. Pat. ist still und ruhig, spricht mit Ueberzeugung von seinen Titeln etc. und kann sich nicht genug wundern, dass die Aerzte seinen Namen als Mediciner, seine Werke und Entdeckungen nicht kennen. Er sei Prüfungscommissar in Philosophie und Medicin, sei in Wien, Venedig und Neapel als Professor thätig gewesen. Das medicinische Staatsexamen will er vor 8—10 Jahren gemacht haben, hat aber keine Ahnung davon, wer Anatom, Decan etc. war."

Anamnese (Mutter):

„Grossonkel mütterlicherseits starb an religiösem Wahn. Mutter leidet an Sinnestäuschungen. Schon als Kind sonderbar, zurückgezogen, kein Verkehr mit Altersgenossen. Lernte ordentlich, aber schwer; Gedächtniss gut. Als Gymnasiast überspannt. Abiturium. Studirte Theologie in Berlin; wo er dann studirt hat, weiss die Mutter nicht. Sept. 1872 verlobt. Oct. 1873 verheirathet. Geschieden, weil er die Frau belogen etc. hat; erkannte die Kinder nicht an, weil sie zu schlecht seien."

„1872 soll er Bismarck beleidigt haben; in S. Redacteur: damals schon grosse Ideen, sei Oberlehrer. Bei seiner Rückkehr aus dem Zuchthaus äusserte er, er sei Professor, Geh. Hofrath etc. Log seiner Wirthin vor, er käme aus Neapel als Professor, jetzt practischer Arzt in Berlin, verkehre in den höchsten Kreisen. Verheirathete sich mit der Tochter seiner Wirthin, lebte auf grossem Fusse, bestellte für seinen grossen Hund ein Sopha, bestellte viel Wein; liess alle Augenblicke neue Thürschilder

machen, hatte nie baares Geld, sagte, er sei den ganzen Tag in der Charité beschäftigt."

„Verkaufte einen Roman, den er abgeschrieben hatte, an einen Buchhändler."

„Als Gymnasiast grosse Ideen; renommirte, sie seien sehr reich."

„Im 16.—17. Jahre Krämpfe: bewusstlos; schlug um sich; bisweilen 2—4 Anfälle pro die. Nach der Verheirathung besser. Die Geschwister des Pat. geistig gesund."

„Pat. lebt ziemlich zurückgezogen, fühlt sich deprimirt, weil man seinen Angaben nicht glaubt. Auf Fragen antwortet er leicht, spricht aber sonst wenig.

15. Dec. 1887. „Pat. ist ein schon vielfach vorbestrafter Mensch, berüchtigter Betrüger. Nach Ausweis der Personalakten schon viermal vorbestraft, dreimal wegen wiederholten Betruges, zuletzt im Jahre 1882—1886 mit Zuchthaus. Giebt sich als Landwehrofficier, Oberlehrer am N. N.'schen Gymnasium, Geh. Hofrath, ordentlichen Professor der Philosophie und Medicin, Staatsexaminator aus. Sucht sich unter Vorspiegelung seiner Aemter und Würden Credit zu verschaffen, verkauft dann die geborgten Gegenstände. — Lässt Annoncen in die Zeitungen setzen, dass er ausgedehnteste Hülfe bei Doctorexamen und Staatsexamen leisten kann und durch seine Connexionen den betreffenden Candidaten das Examen sehr erleichtern könne. Gab alte schon längst gedruckte Arbeiten Anderer für von ihm gefertigte Dissertationen aus. Kam deshalb im März 1887 in Untersuchungshaft, freigesprochen wegen Geistesstörung."

1. Jan. 1888. „Von seinem Aufenthalt im Zuchthaus will Pat. gar nichts wissen; die Handschrift des den Akten beiliegenden Briefes erklärt er der seinigen sehr ähnlich, leugnet aber entschieden, denselben geschrieben zu haben, als er das Wort Zuchthaus gelesen hat."

„Pat. erzählt von grossen Reisen, die er gemacht hätte, sei in Neapel und Südamerika gewesen und dann im französischen Cayenne, hat sich dort mit der Untersuchung der Küste beschäftigt, von dort Pflanzen mitgebracht, aus denen er Narcotica dargestellt hätte, z. B. das Mosain aus der Moza-Pflanze etc. Die Alkaloide hat er gewonnen durch Auspressen der Blüthen und Blätter, dann hat er den Stoff mittels eines Extrahirungsrohres extrahirt. Pat. fertigt ein Verzeichniss seiner Werke an, die die Zahl 300 übersteigen. Auf das Jahr kommen mehr als 17 Werke, einzelne seiner Werke ständen in der Königlichen Bibliothek."

„Pat. schläft trotz Morph. Chloral nur sehr wenig."

30. Jan. 1888. „Pat. erzählt, dass am ersten Sonntag seines Hierseins der Kaiser bei ihm gewesen sei; er hätte ihn aber gebeten, nicht wieder zu kommen; jetzt stände er mit dem Kaiser und Minister in seelischer Verbindung. Er hört vorher eine Art von Klingel im Ohr, wodurch er die Stimme des Kaisers hört. Er hat den Kaiser gebeten, ihn frei zu machen. Der Kaiser habe geantwortet, die Zeit der Prüfung sei noch nicht

vorüber. Auch der Minister habe ihm gesagt, er müsse aushalten bis zuletzt."

„Diese Seelenunterhaltung will er auch schon früher als Student gehabt haben. Er sei dazu gekommen durch das Studium des Pythagoras."

„Pat. weiss, dass er hier ist, um beobachtet zu werden, das hat der Staatsanwalt veranlasst, der durch seine Feinde angestiftet ist. Derselbe hat auch seinen Collegen *W.* veranlasst, ihn für verrückt zu erklären. Um geistig gestört zu sein, müsse man auch körperlich krank sein; er sei kein Tabiker: denn seine Pupillen seien nicht ungleich, nicht erweitert; er hätte kein Zucken um den Mund, hätte auch keine Geistesstörung bedingende Krankheit, z. B. Alcoholismus, gehabt. Wenn den Akten mehr Glauben geschenkt werde als ihm, so könne er höchstens für einen Lügner, aber nicht für geisteskrank erklärt werden."

„An die in den Akten angegebenen Thatsachen kann er sich absolut nicht erinnern: „„wie kann man sich der Dinge erinnern, die nie passirt sind""!"

„Er habe nur das Gefühl, als ob ihm früher einmal etwas Schreckliches passirt sein müsste; es laste deshalb ein grosser Druck auf ihm. Während er von seinem früheren Leben, wie es in Wirklichkeit war, absolut Nichts zu wissen behauptet und alle Aktenstücke für böswillige Fälschungen seiner Feinde erklärt, giebt er eine lange Biographie seines Lebens, behauptet grosse Reisen gemacht zu haben und seit c. 10 Jahren ausserordentlicher Professor und Staatsexaminator zu sein. Ausserdem wäre er Vorleser des Kaisers und dieser ihm sehr zugethan; in seinen Wahnvorstellungen ist er fast unerschöpflich; er behauptet, mit Pythagoras und allen grossen Männern der Vergangenheit und Gegenwart in seelischer Verbindung zu stehen. Pat. scheint sich meist von anderen Kranken abseits zu halten, es ist dies aber nur scheinbar, denn er conspirirt gern mit anderen und versucht sie zu allerlei Störungen anzuregen, während er selbst vollkommen harmlos thut. Schlaf Nachts schlecht. Appetit vorhanden."

„Pat. wird als unheilbar nach Dalldorf entlassen."

In Dalldorf gab seine Schwester folgende Anamnese:

Mit 15 Jahren das Nervenfieber: damals hat der Arzt gesagt, er würde wohl nie gesund werden, auch kaum die Schule absolviren können. Letzteres hat Pat. jedoch mit allem Fleisse durchgesetzt. Die Mathematik wurde ihm schwer, im deutschen Aufsatz war er vorzüglich. Sei immer excentrisch und ungesellig gewesen, verkehrte nie mit Schulkameraden, machte das Abiturientenexamen mit 20 Jahren. War 14 Tage Soldat und wurde dann zurückgestellt, da der Stabsarzt (Dr. *B.* in S. war derselben Ansicht) ihn für herzleidend erklärte. Erst studirte er $^1/_2$ Jahr Theologie, ging dann zur Philosophie über; als Candidat wurde er krank (23 Jahre alt), hatte Krämpfe, schlug immer mit den Händen an die Bettstelle, sprach wirres Zeug; nachher wusste er von den Anfällen Nichts; verschaffte sich

schon damals Morphium, da er behauptete nicht schlafen zu können und Kopfschmerzen und Schwindel zu haben. Als er 24 oder 25 Jahre alt war, heirathete er; schon damals hatte er seine Mutter vielfach in peeuniäre Verlegenheiten gebracht, borgte sich Geld bei Wucherern und anderen Bekannten und die Mutter musste es bezahlen. Schon damals zeigte er für den Katholicismus eine grosse Vorliebe (ist übrigens nie katholisch gewesen). Im vorigen Jahre wollte er Priester werden. Er lebte unglücklich mit seiner Frau. Welche Examina ausser dem Dr. Pat. gemacht hat, weiss die Schwester nicht. Ein Jahr vor der Hochzeit wurde er in einen Process verwickelt (Meineidsprocess). Er wurde freigesprochen. Heirathete die Tochter des Hauptangeklagten und Verurtheilten. Deswegen (sagte er) konnte er keine Anstellung bekommen; wollte eigentlich Privatdocent und dann Gymnasiallehrer werden. Lebte als Privatlehrer und übersetzte. Von der Frau hat er zwei Kinder. Vor 1½ Jahren hat sie sich von ihm scheiden lassen, weil er verurtheilt wurde. Pat. hatte sich schon damals andere Titel beigelegt etc. Schon als Candidat erzählte er zu Hause, er wäre mit reichen und hochgestellten Leuten sehr vertraut, z. B. mit Bleichröder; beschrieb ganz genau die Einrichtungen seiner Wohnung, zeigte Briefe etc. Zuerst glaubte man es ihm nicht, aber er erzählte so überzeugend, stellte auch seiner Familie den Besuch hochgestellter Personen in Aussicht, so dass sie schliesslich glaubten. Als er aus dem Zuchthaus kam am 6. Juni 1886, sagte er gleich, er wolle katholisch werden. Er blieb nur einen Tag bei ihnen und zog dann sofort nach der Brüderstrasse. Nach drei Wochen zeigte er an, dass er sich mit einer Katholikin verlobt hatte und einige Tage vorher jammerte er noch über den Verlust seiner Frau und Kinder. Ueber seine Heirath lasen sie in den Zeitungen, sie verkehrten nicht mehr mit ihm. Wie er nach der Charité kam, weiss sie nicht. — Als seine Verhaftung erfolgte (März 1887), hatte er sich brillant eingerichtet, sich ein ärztliches Schild an die Thür machen lassen. Schon vor seiner letzten Verurtheilung behauptete er medicinische Kenntnisse zu besitzen. Eines Tages liess er sich für 90 M. Selterwasser kommen und für 140 M. Sodawasser. Zum Frühstück trank er de facto Champagner. Gab unsinnig viel Geld und Sachen an die Armen.

Seine zweite Frau sagte hier über ihn aus, sie sei seit 1886 mit ihm verheirathet gewesen; eine Tochter. Ueber Heredität kann sie keine Auskunft geben. Pat. wohnte bei ihrer Mutter als Chambregarnist und sagte, er sei Professor in Neapel. Gab Sprachunterricht an junge Kaufleute etc. Vor der Hochzeit schrieb er sich blos Dr., nach der Hochzeit fing er an, sich Professor zu nennen und sich neue Schilder mit Hofrath etc. anmachen zu lassen. Die Frau glaubte, er sei Arzt, denn er ging jeden Tag angeblich zur Charité. Weihnachten (1886/87) träumte er viel, sprach viel in halb wachem Zustande, behauptete mit dem Kaiser etc. zusammen gewesen zu sein, so dass es der Frau auffiel. Januar blieb er einmal drei Tage fort; er schwindelte dann anderen Officieren vor, er könne ihnen

Orden und Titel besorgen. Dr. phil. und Schriftsteller sei er wirklich, das wisse sie von der Polizei. Von dem Vorleben des Pat. vor 1886 wisse sie Nichts.

Unter dem 6. Februar 1888 wurde von Dalldorf aus an die Königliche Staatsanwaltschaft über D. geschrieben: „Der p. D. ist geistesgestört. Er glaubt Professor der Medicin, Geheimer Hofrath, Examinator im Staatsexamen zu sein, dabei besitzt er von medicinischen Sachen nur eine so oberflächliche Kenntniss, wie sie Jemand hat, der allerlei medicinische Bücher durch einander gelesen hat, ohne sie zu verstehen. Der Anfang der Krankheit des p. D., der hereditär verschiedentlich belastet ist, ist mit Wahrscheinlichkeit auf seine Jugend zurückzuführen; auch körperlich äussert sich die Krankheit in Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit. Eine Einsicht in seinen Zustand hat der p. D. nicht. Derselbe ist im Sinne des Gesetzes als blödsinnig anzusehen."

gez. Dr. *Richter.* gez. Dr. *Koenig.*

Am 19. April entwich D., wurde jedoch bereits den nächsten Tag zurückgebracht. Als Motiv zu seiner Entweichung gab er Sehnsucht nach seiner Familie an.

Unter dem 5. Mai wurde im Zusammenhang mit einem Immediatgesuch, das die Frau D. an den Herrn Minister des Innern Exc. eingereicht hatte, Folgendes über den p. D. von Dalldorf aus berichtet: „Der p. D. ist schon seit Jahren geistesgestört und bereits geistesschwach geworden; die Grössenideen, welche er Ende vergangenen Jahres in der Charité und Anfang dieses Jahres auch noch hier äusserte, lässt er jetzt nicht mehr verlauten, dagegen tritt jetzt, wie bereits angedeutet, die Oberflächlichkeit seines gesammten Denkens deutlich in die Erscheinung. Er unterschätzt, wie verhängnissvoll ihm sein Zustand geworden, würdigt nicht genügend seine Conflicte mit dem Strafgesetz und verkennt die Schwierigkeiten, welche ihm für die Zukunft erwachsen. Er hat auch das Urtheil über die Bedeutung geistigen Eigenthums verloren und legt auch hier von ihm Gelesenes und aus der Erinnerung Niedergeschriebenes vor, ohne hervorzuheben, dass es nicht sein geistiges Eigenthum ist, sondern offenbar in entgegengesetzter Absicht. Und hiermit documentirt er nicht nur den Zug, sich mit fremden Federn zu schmücken und seine Nichtachtung vor fremdem geistigen Eigenthum, sondern auch seine Geistesschwäche, denn das Niedergeschriebene ist einmal so, dass es kaum Jemand ohne beträchtliche literarische Hülfsmittel, die dem D. hier abgehen, zu Papier bringen kann, das andere Mal setzt es eine Vielseitigkeit und Gediegenheit der Bildung voraus, die nur sehr wenigen verliehen ist; und das entgeht der Urtheilsschwäche des Patienten. Ist demnach zu Folge des Anfangs Geäusserten der p. D. jetzt auch etwas gebessert, so kann man doch zu Folge des soeben Geschilderten eine Beurlaubung desselben noch nicht befürworten."

Und unter dem 11. Juli wurde über D. zu Folge einer Anfrage des ersten Staatsanwalts bei dem Kgl. Landgericht I in Berlin von hier aus

geschrieben: „Der p. D. äussert zwar nicht mehr die Grössenideen von früher, jedoch offenbart er eine allgemeine geistige Abschwächung, welche darin besteht, dass er seine traurige Vergangenheit viel zu oberflächlich beurtheilt, seine jetzigen Verhältnisse auch zu leicht nimmt und unter Vernachlässigung beider und unter Ueberschätzung seiner Leistungen auch sein ferneres Fortkommen sich zu einfach vorstellt. Dabei ist sein Wesen überhastet und die Unruhe, von der er beherrscht sich selbst bekennt, ist nicht nur die Sehnsucht nach seiner Familie, sondern auch ein Mangel an ruhigem geistigen Geschehen. Er ist nicht geheilt, das beweist die Art, wie er über seinen Zustand spricht und er ist als blödsinnig im Sinne des Gesetzes zu bezeichnen."

Am 3. November wurde über D. an die Staatsanwaltschaft wie folgt geschrieben: „Der p. D. äussert zwar keine Grössenideen mehr, zeigt auch Einsicht in das Krankhafte jener früher gethanen Grössenideen, auch beschäftigt er sich geistig und legt ein freundliches Wesen an den Tag, immer jedoch ist ein bestimmter Grad geistiger Schwäche in seinem Urtheil unverkennbar und ein nicht seltenes Schwanken in seiner Stimmung, so dass er als blödsinnig im Sinne des Gesetzes bezeichnet werden muss" und am 16. November wurde an das Königl. Polizei-Präsidium zu Berlin berichtet: „Der p. D. ist hier freundlich, fügsam und beschäftigt sich; seine früher geäusserten Grössenideen sind vollkommen zurückgetreten, dagegen documentirt er Geistesschwäche. Bei der Geneigtheit unsererseits zu einer Beurlaubung des p. D. sind wir von der Meinung ausgegangen, dass der p. D. sich ausserhalb der Anstalt so fügsam zeigen würde wie in derselben und dass seine Frau ihn bei seiner Thätigkeit, die seinem jetzigen Vorhaben nach nur in Unterricht-Ertheilen bestehen soll, gehörig controliren werde."

Am 3. Januar 1889 fand nun der bereits Eingangs beregte Termin Statt. Wir unterdrückten vorläufig das bereits gefasste Urtheil, dass p. D. weder als blödsinnig, noch als wahnsinnig zu bezeichnen sei, um es erst nach nochmaligem sorgfältigen Studium der Akten im motivirten Gutachten abzugeben.

2. Gutachten. Es wäre nicht zweckmässig, auf alle wissenschaftlich interessanten Punkte des complicirten Falles näher einzugehen, weil dies nur den Ueberblick über die Krankheit des D. und das bündige Urtheil über dieselbe trüben würde und so wollen wir nur die zur vollen Erledigung der Frage: „ob blödsinnig im Sinne des Gesetzes oder nicht" dienenden Punkte herbeiziehen und zwar wäre wohl zuerst die zu erörtern: ist der p. D. möglicherweise wirklich circa 27 Jahre lang, wie er in seiner Vita an-

giebt, nämlich seit jenem Sturz im Jahre 1862, geisteskrank gewesen und zwar in der Art und unter den Schwankungen, wie es in jener Vita steht.

Es sei nun hier gleich bemerkt, dass die von seiner Mutter in der Charité und von seiner Schwester in Dalldorf aufgenommenen Anamnesen von jenem Sturze nichts berichten und dass beide Personen, bei der Sachlichkeit, mit welcher sie sonst über D. ausgesagt haben, sicher diesen Sturz berührt haben würden, wenn er diese Folgen nach sich gezogen hätte. D. wird demnach bei dem Bestreben, sicher als krank aufgefasst zu werden, für die Zeiten seiner Delicte, mit den Entstehungsursachen seiner präsumptiven Geistesgestörtheit wohl möglichst weit ausgeholt haben. Bei seiner Bildung, seiner Belesenheit und seinen allmälig über die Kranken gesammelten Erfahrungen war ihm das ja sehr nahe gelegt.

Hereditär belastet ist er und die Anamnesen der Charité und Dalldorfs geben an, dass seine Mutter vorübergehend an Sinnestäuschungen litt, eine Cousine seiner Mutter geistesgestört starb und ein Grossonkel mütterlicherseits geisteskrank war; zudem ist sein Vater ein Verbrecher gewesen! D.'s Nervensystem ist aber auch, abgesehen von jenem Sturze, der pathogenetisch von zweifelhaftem Werthe bleibt, schon in früher Jugend geschädigt worden, denn 1867 hat er einen schweren Typhus überstanden, von welcher Krankheit es bekannt ist, dass sie nicht selten zu Geistesgestörtheiten disponirt, und späterhin litt er an epileptischen Krämpfen; fasst man nun hinzu, dass D. laut Anamnesen schon als Kind sonderbar resp. immer excentrisch war, so wird man den Anfang der am 6. Februar und am 5. Mai 1888 von Dalldorf aus geschriebenen Gutachten recht verstehen, von denen das erste sagt: „Der Anfang der Krankheit des p. D. ist mit Wahrscheinlichkeit auf seine Jugend zurückzuführen" und das zweite: „Der p. D. ist schon seit Jahren geistesgestört." Und „sonderbar" ist D. auch immer geblieben. Seine Vita liefert sattsam Proben von seinem überschwänglichen Stil und seiner ungeklärten Phantasie, seinem jähen Wechsel in seinen Neigungen zum andern Geschlecht und seinem versumpften Lebenswandel. Und erzählt uns nicht seine Schwester von seinem periodisch fast unsinnig grossartigen Lebenswandel und von seiner sonderbaren Vorliebe zum Katholicismus? Und ist seine Nervosität nicht noch gesteigert worden durch den

überreichlichen Genuss von Morphium, anderen Narcoticis und Alcoholicis, denen er sich zeitweise hingab? Und verrieth die Continuität seiner zum Theil halsbrecherischen Delicte nicht vollständigen Mangel ruhigen Ueberlegens oder Gleichgiltigkeit gegen Ueberführung? Dass also diese factische Sonderbarkeit und Nervosität sehr leicht sich zur eclatanten Geistesgestörtheit steigern konnte, ist einleuchtend. Nur fragt es sich, konnte dieser langer Hand vorbereitete Zustand so schwanken, dass D. z. B. im Zuchthaus wirklich nicht fähig war, wie die diesbezüglichen Akten und seine Vita sagen, einfachste Bureauarbeiten zu verrichten und litt D. wirklich 27 Jahre lang an Sinnestäuschungen, namentlich an der Erscheinung des verstorbenen Kaisers Wilhelm, die ihm so zu sagen sein ganzes verbrecherisches Leben vordictirte? Dass D. im Zuchthaus (1883/86) zu Folge von Erschöpfung zeitweisse ausser Stande war, einfacheren Bureauarbeiten zu genügen, ist vom wissenschaftlichen Standpunkte aus wohl glaublich. Weshalb sollte er sich auch selber jenen relativ angenehmen Dienst verscherzen? Und scheint er auch geneigt gewesen zu sein, sich über seine Vorgesetzten lustig zu machen, so that er es doch nicht offenkundig und gewiss meist ohne den Willen, dass es offenkundig würde.

Was aber jene perpetuelle Erscheinung Kaiser Wilhelm's anbelangt, durch welche sich D. mit einem Schlage rehabilitirt, so wollen wir zwar nicht leugnen, dass D. jene Sinnestäuschung gehabt hat, sie stimmt im Gegentheil sehr zu einer Geistesgestörtheit nach Schädelverletzung, wie sie ja D. als erste Ursache seiner Erkrankung hinstellt, und sie stimmt auch zu D.'s sonstigem Wesen, welches diese Sinnestäuschung mehr als eine Imagination, eine Vision auffassen liesse: D. mag sie aber zu seiner Entschuldigung wohl zu oft citiren.

D. hat übrigens gar kein richtiges Urtheil über bestimmte Krankheitsperioden seines Lebens. Er war sicher schwer krank und von Sinnestäuschungen, Wahnideen und Grössenideen eingenommen z. Z. als ihn der gerichtliche Physikus Dr. *W.* untersuchte (*October* 1887), in der Charité (November 1887 bis Januar 1888) und Anfangs in Dalldorf und zwar war er damals zeitweise so verwirrt, eventuell sein Erinnerungsvermögen in der Weise krankhaft verfälscht, dass er nicht zur richtigen Erinnerung an die wichtigsten Begebenheiten seines Lebens kam; diese Zustände sind

häufig und der diesbezügliche Zustand D.'s ist an allen drei Orten so exact beobachtet und so getreu geschildert, dass von einer Simulation desselben gar nicht die Rede sein kann. Trotzdem hat D. in diesem Zustande noch eine gewisse Herrschaft über sich behalten und seinen Aeusserungen eine gewisse ihm nützlich dünkende Richtung verliehen; doch krankhaft blieben selbstverständlich auch die Motive zu seinen wechselnden Aussagen und am Schluss seiner Vita schildert er selbst verschiedentlich seinen krankhaften Ideengang sehr gut. Dass aber gewisse scheinbar absurde Aeusserungen des D., z. B. dass er nie Zuchthausstrafe verbüsst, dass er nur einmal verheirathet gewesen, dass er keine Kinder aus der ersten Ehe hätte, „diese seien ihm nicht gut genug" etc. nicht blosser willkürlicher Schwindel waren, sondern durch krankhafte Vorgänge wohl erklärliche Aeusserungen, geht schon aus der vollkommenen Gleichheit und aus der Consequenz hervor, mit der sie D. unter den verschiedensten Situationen that, auf deren gegenseitigen Rapport er nicht ohne Weiteres rechnen konnte (so meinte er z. B. auch lange Zeit, dass er Professor in Neapel gewesen sei zu der Zeit, als er wirklich im Zuchthaus gesessen hatte etc.). Und da schwere geistige Erkrankungen bekanntermaassen Simulation und Dissimulation nicht ausschliessen, zumal bei Bestraften, die bei ihrer Krankheit noch überlegen können, so hat auch D. stellenweise simulirt und dissimulirt wie es ihm gut dünkte; z. B. dissimulirt Anfangs in Dalldorf: er hat hier anfänglich nicht ein Wort von seinen Kaiservisionen ausgesagt, möglicherweise weil ihm dies, wie er in seiner Vita verschiedentlich behauptet, die Erscheinung des Kaisers untersagte; er hat hier aber auch vor Abfassung seiner Vita Nichts von jener Kopfverletzung, auf die er doch dann ein so grosses Gewicht legte, erzählt. Dass aber D. zwischen all diese krankhaften Vorgänge hinein auch einmal in willkürlicher Weise log und schwindelte, ist bei der ganzen Vergangenheit des Provokaten auch nicht auszuschliessen. Und wenn der mitunterzeichnete Dr. *S.* im Colloquium vom 3. Januar d. Js. zu D. sagte: „Ich habe Sie immer für einen Simulanten gehalten", so war das in diesem weiteren Sinne gemeint und auch in der Absicht gesagt, zu sehen, wie sich D. einer solchen Anmuthung gegenüber verhalten würde. Dass übrigens D. October 1887, als ihn der gerichtliche Physikus Dr. *W.* untersuchte, wirklich schwer krank

war, beweist die bei seinem damaligen Zustand gewiss nicht ungerechtfertigte Diagnose auf Dementia paralytica, Gehirnerweichung.

Aus all dem interessanten pathologischen Gemisch soll vor Allem noch die practisch wichtige Frage herausgegriffen werden: Seit wann war D. blödsinnig im Sinne des Gesetzes? Und bis wann er es?

Es ist schon weiter oben erwähnt worden, dass D. von jeher ein Sonderling und seit frühester Jugend ein schwer nervöser Mensch war; beides involvirt jedoch an und für sich noch nicht das Unvermögen, die Folgen seiner Handlungen überlegen zu können und wenn wir auch gern zugeben, dass es einem geistig, körperlich und materiell heruntergekommenen Menschen, wie D., immer viel schwerer wurde, den Buchstaben des Gesetzes zu erfüllen als vielen Anderen, so sind wir doch im Stande ungefähr den Termin anzugeben, zu welchem D. unter § 51 R. Str. G. B. gehörte.

Recht wichtig scheint uns hierfür der Brief zu sein, welchen die zweite Frau des D., eine ruhige und nüchterne Beobachterin, unter dem 15. October 1888 an die Königliche Staatsanwaltschaft zu Berlin schrieb und die Anamnese, die sie hier in Dalldorf gab; im ersteren schreibt sie, dass D. zur Zeit seiner Verhaftung (März 1887) schon längst an Geistesschwäche gelitten hätte und dass sie von Weihnachten 1887 (meint 1886/87) wohl gesehen hätte, dass sein Verstand schwächer wurde, da er Alles vergass; und zur Anamnese sagte sie aus: „Weihnachten (1886/87) träumte er viel, sprach viel im halbwachen Zustande, behauptete mit dem Kaiser etc. zusammen gewesen zu sein, so dass es mir auffiel.“ Wir werden also der Wirklichkeit sehr nahe kommen, wenn wir diesen Termin für Weihnachten 1886/87 annehmen und hierin widersprechen wir dem Gutachten des Dr. *W.* nicht, welche unterm 31. October 1887 in seinem Tenor sagt: D. hat bereits längere Zeit an einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit etc. gelitten.

Und bis wann war er es?

Mit Beantwortung dieser Frage gehen wir dem Schlusse dieses Gutachtens entgegen. Am 3. November 1888 musste der mitunterzeichnete Dr. *R.* in einem Bericht an die Königliche Staatsanwaltschaft den p. D. zwar noch als blödsinnig im Sinne des Gesetzes auffassen, im Bericht jedoch an das Königliche Polizei-Präsidium

zu Berlin vom 16. desslb. Mts. bezeichnet er ihn bereits nicht mehr so, gedenkt jedoch der in allen von Dalldorf aus geschriebenen Gutachten erwähnten geistigen Schwäche des D.

Es unterliegt nun keinem Zweifel, dass es Menschen eines bestimmten Grades geistiger Schwäche giebt, welcher noch durchaus nicht dazu berechtigt, sie ohne Weiteres für blödsinnig im Sinne des Gesetzes resp. als unter den § 51 gehörig zu bezeichnen; es ist ja richtig, dass derartige Menschen leicht in die diesbezüglichen Zustände gerathen können, sie unterliegen ihnen aber nicht immer und so ist es mit D. Er bot schon immer eine gewisse geistige Schwäche dar. Wie waren seine Delicte! (Von denen übrigens nach seiner eigenen Aussage die allerwenigsten zur Anzeige gekommen sind.) Mussten sie ihn bei ihrer Plumpheit nicht schliesslich in den Kerker bringen? Und das hat doch D. wohl kaum beabsichtigt. Und ist es nicht ein Zeichen einer gewissen Geistesschwäche, wenn er in seiner Vita fast renommirend, ja offenbar unter Hinzulügen, sich über seinen unsittlichen Lebenswandel ergeht und seiner zweiten Frau blieb nichts anderes übrig, als ihn für schamlos zu halten. (Brief derselben an die Direction in Dalldorf.) Und wie will D. noch in seiner Vita sein Wissen beweisen! Was sind das für überflüssige lateinische Brocken und was für phrasenhafte Deductionen über seine Genesung! Und vergisst sich D. nicht arg in der Zumuthung, man solle glauben, dass er wirklich all die Autoren gelesen hat, die er citirt, wozu so zu sagen die ganze Lebenszeit eines Fleissigen gehört, während sich D. dabei noch des Breiten über sein Bummelleben ergeht. D. bot also immer eine gewisse Geistesschwäche dar und das ist noch jetzt der Fall, aber wir meinen, dass sie nicht genügt, ihn für blödsinnig im Sinne des Gesetzes zu erklären. Es wird wohl auch kaum Sachverständige geben, die den D. nach seinem Verhalten im Termin am 3. Januar und nach dem, was er schriftlich zu seinen Entmündigungsakten und in seiner Vita deponirt hat, für blödsinnig im Sinne des Gesetzes erklären würden.

Es sei hierbei auch seines positiven Wissens gedacht. D. rühmt sich eines starken Gedächtnisses; er hat dieses jedoch im Termin bei den betreffenden geschichtlichen und literarischen Fragen nicht gerade bewiesen; jedoch das positive Wissen ist für die Frage nach Blödsinn im Sinne des Gesetzes von sehr relativem

Werth und auf vielen Gebieten ist D.'s Gedächtniss andererseits wieder sehr gut.

Hierbei können wir nicht einige prognostische Bemerkungen unterlassen. Wir sind nämlich der Meinung, dass D.'s Zustand sich unter ungünstigen Aussenverhältnissen leicht verschlimmern kann und zu diesen rechnen wir namentlich eine eventuelle Haft. Leidet doch D. jetzt noch an periodischen Kopfschmerzen, ist sein Schlaf doch jetzt noch kein dauernd guter und lässt sein Appetit doch nicht selten recht zu wünschen übrig.

Wir fürchten jedoch auch, dass D., vorausgesetzt dass sein Zustand sich nicht verschlimmert, leicht als Verbrecher recidivirt; er hat ja eigentlich während seines ganzen Lebens geschwindelt und für den Fall, dass er auf freien Fuss käme, müsste er scharf controlirt werden.

Was sein körperliches Befinden betrifft, so zeigt er einen kräftigen Körperbau; eine Körperhöhe von 174 cm bei 81—88,5 cm Brustumfang. Dabei ist sein Brustkorb mässig flach. Seine Musculatur ist leidlich straff, seine Fettpolster mässig. Sein Schädel ist lang, das Hinterhaupt etwas flach, die Stirn ziemlich hoch aber schmal. In der Mitte der Stirn zeigt sich eine kleine Narbe. Das Beklopfen des Schädels soll jetzt nicht mehr schmerzhaft sein. Gesicht bleich, eingefallen, jetzt gleich innervirt. Pupillen gleich, ziemlich weit, nicht starr, Zunge ohne Abweichung, ruhig. Glatte Sprache. Der Gang jetzt sicher. Kein Wanken beim Stehen mit geschlossenen Augen. Provokat vermag sich jetzt bei geschlossenen Augen umzudrehen, wenn er es auch ungeschickt ausführt. Ueber der Herzspitze, weniger über der Aorta, ist zeitweise ein präsystolisches Geräusch hörbar. Erhebliche Abweichungen vom normalen Athemgeräusch nicht zu constatiren. Hautreflexe lebhaft. Geschlechtsorgane in Ordnung. Der Unterschenkelausschlag jetzt in Ordnung. Der körperliche Befund ist also jetzt ebenfalls ein durchaus günstigerer als zu der Zeit, wo Provokat vom Dr. *W.* untersucht wurde.

Demnach geben wir unser Gutachten dahin ab, dass wir den p. D. zur Zeit weder für blödsinnig noch wahnsinnig im Sinne des Gesetzes erachten. —

Am 4. Juni d. J. wurde D. von Dalldorf nach dem Untersuchungsgefängniss zurückgebracht und am 27. fand die Verhand-

lung statt, worin er nach dem einstimmigen Gutachten des Geh. R. Dr. *Wolff*, M. R. Dr. *Sander* und mir als krank für die Zeit der letzten Delicte erklärt, freigesprochen und auf freien Fuss gesetzt wurde.

II.

Am 16. März 1889 fand in der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf in der S.'schen Entmündigungssache ein Termin Statt, in welchem die unterzeichneten Sachverständigen ihr Gutachten gemeinschaftlich und übereinstimmend dahin abgaben: „Wir erachten den p. S. für unfähig, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen. Da aber zur Begründung unseres Gutachtens bei diesem vielfach bestraften und hinsichtlich seines Geisteszustandes verschieden beurtheilten Mannes ein genaueres Eingehen auf sein früheres Leben und Berücksichtigung der Vorakten orforderlich ist, so behalten wir uns ein ausführlich zu begründendes Gutachten vor und ersuchen, uns zu diesem Zwecke die entsprechenden Vorakten zugehen zu lassen."

Indem wir die betreffenden Akten zurücksenden, gestatten wir uns unser motivirtes Gutachten beizufügen.

1. Vorgeschichte. Der p. S. ist geboren den 3. Juli 1843 zu N. in der jetzigen Provinz Hannover, ehelich, evangelisch; sein Vater war daselbst Förster. Ueber erbliche Belastung ist Nichts verlautet. Seine Schulbildung war nach den Strafanstaltsakten eine nothdürftige. Schon früh beginnt die Reihe seiner Strafen. 1858 wurde er wegen Ehrenkränkung mit einem Thaler, 1861 wegen unbefugten Betretens fremden Grundeigenthums mit fünf Silbergroschen und wegen Fundunterschlagung mit acht Tagen Gefängniss und 1865 mit acht Tagen polizeilichem Gefängniss bestraft. 1866 wurde Provokat aus der damaligen Hannover'schen Armee entlassen und hielt sich nun beständig in Berlin auf. Hier wurde er 1866 wegen Diebstahls mit 14 Tagen Gefängniss und 1867 wegen Theilnahme am Diebstahl im Rückfall mit 3 Monaten Gefängniss bestraft; 1867 wurde er ferner durch das Amtsgericht Göttingen zu 6 Tagen und durch das Stadtgericht Berlin zu einem Jahr Gefängniss, beide Male wegen Diebstahls verurtheilt. Sodann wurde er 1868 zu 6 Tagen und 1869 durch das Stadtschwurgericht zu Berlin zu 2 Jahren Gefängniss, 1871 wegen Unfug und Führung falscher Namen zu 2 Tagen, wegen Nichtbefolgung polizeilicher Ausweisung zu 8 Tagen und zu 14 Tagen, 1872 deshalb zu 4 Wochen und durch das Schwurgericht zu Lübben wegen Diebstahls zu ½ Jahr Gefängniss, 1873 wegen Nichtbefolgung polizeilicher Ausweisung zu 7 Tagen und wegen Diebstahls

zu 18 Monaten Zuchthaus und 1876 durch das Schwurgericht zu Wriezen zu 8 Jahren Zuchthaus, wieder wegen Diebstahls, verurtheilt. Die Akten der Strafanstalten zu Brandenburg und Sonnenburg, in denen Provokat von 1873 ab 18 Monate resp. 1877 ab 8 Jahre büsste, sowie sämmtliche vorhergehenden Akten enthalten Nichts, woraus man auf eine Geistesgestörtheit desselben schliessen könnte; nur erwähnt sei, dass Provokat stets ohne Weiteres, der Schuld überführt, gestand, ohne Revisionen etc. einzulegen und dass ihn der Strafanstaltshausarzt zu Brandenburg 1873 mit einer sehr unbedeutenden Lähmung der rechten Körperhälfte belastet, aber sonst arbeitsfähig fand. 1885 büsst er dann wieder wegen Körperverletzung 6 Monate und 1886 wegen Beleidigung 6 Wochen Gefängniss.

20. Oct. 1887 wurde er der Königlichen Staatsanwaltschaft zu Berlin wegen wiederholten versuchten schweren Diebstahls in wiederholtem Rückfalle vorgeführt. Die Sitzung am 10. Nov. 1887 begann er mit der Frage zum Landgerichtsrath: „Sind Sie der Kaiser?“ Da man meinte, ob Provokat nicht geistesgestört wäre, dem Gefängnisshausarzt Dr. *L.* jedoch Simulation nicht ausgeschlossen schien, so wurde am 23. Nov. 1887 der gerichtliche Stadtphysikus Dr. *Q.* zur Beobachtung des Provokaten requirirt, welcher unter dem 28. Nov. 1887 den Provokaten begutachtete. Der Schluss seines Gutachtens lautete: „Der Schuldige ist erkannt worden als ein Simulant. Man hat bei dieser Sachlage zu erörtern, ob er einen Schwachsinn und insofern einen krankhaften Zustand der Geistesthätigkeit habe in Bezug auf die Art und Weise des Simulirens erkennen lassen. Konnte er auf eine Leichtgläubigkeit des Beobachters so weit bei gesundem Verstande rechnen, dass er nicht vor offenbaren Albernheiten zurückschreckte, dass er wagte, ein Wort wie „„Herrenhausen““ zu construiren zur Bezeichnung des Schlosses, auf welchem er wohne und verkehrt seinen Rock, die Futterseite nach aussen, anzuziehen? Es sind dies Gesichtspunkte, welche Beachtung im Verfolg dieser herangezogenen Frage verdienen.“

„Erstens, der Beschuldigte hat noch nicht wirkliche Geisteskranke gesehen, so dass er solche naturgetreu hätte copiren können.“

„Zweitens, er war nicht mit der Art und Weise der geschäftlichen Behandlung seiner Angelegenheit bekannt. Er besitzt nicht Kenntnisse auf diesem Gebiete, so dass er hätte vermuthen können, wie speciell seinem Verhalten eine Analyse meinerseits bevorstand. Er denkt nicht über die staatliche Ordnung hoch genug, um ein Verständniss zu besitzen dafür, wie gewissenhaft mit ihm das Gericht und demzufolge wie gründlich mit ihm der Gerichtsarzt nach den prozessualen Einrichtungen verfährt. Er gelangt Mangels dieser Kenntnisse dahin, dass er abnorme Leichtgläubigkeit in der ihm sonderbar erscheinenden Gründlichkeit des Beobachters erblickt.“

„Drittens, er hat eingebüsst an der augenscheinlich in höherem Maasse anfänglich besessenen Ueberlegung, an dem anfänglich mehr zurückhaltend

gewesenen Benehmen, sowohl unter dem Einfluss der Furcht vor der schweren zu erwartenden Strafe, als auch insbesondere unter dem Einfluss und bezw. während des Verlaufes der gerade auf ihn gemünzt gewesenen Beobachtung."

„Viertens, es ist schwer, ausserordentlich schwer, mit Erfolg Geistesgestörtheit gegenüber einer angemessenen Beobachtung vorzutäuschen."

„Das Schlussgutachten ergiebt sich aus den in Betracht gekommenen Gesichtspunkten folgendermaassen:

1. Es bedarf nicht einer Untersuchung des p. S. in der Irrenabtheilung der Charité.

2. Derselbe ist nicht geistesgestört, sondern derselbe geht nur darauf aus, Geistesgestörtheit zu simuliren."

Darauf heisst es zu Folge einer Vernehmung vom 28. Dec. 1887 über ihn: „Der Angeschuldigte hat bei seiner Vernehmung bisher noch immer den wilden Mann gespielt, so dass eine Vernehmung nicht angebracht erschien." Es wurde darauf am 31. Dec. der Zeuge G. gehört, welcher über den Provokaten unter Anderem aussagt: „Ich habe im vergangenen Winter mit dem Angeschuldigten zusammen gearbeitet. Während dieser ganzen Zeit bis zu seiner Verhaftung habe ich bei dem Angeschuldigten niemals Spuren von Geistesgestörtheit wahrgenommen." Und unter dem 2. Jan. 1888 heisst es über ihn: „Der Angeschuldigte S. spielte auch heute noch den wilden Mann und ist daher eine Vernehmung nicht möglich," und unter dem 16. Jan. 1888: „Der Angeschuldigte sucht jetzt den Anschein zu erwecken, dass er geisteskrank sei. So lange es sich nur um den Einbruchsversuch bei F. handelte, betrug der Angeschuldigte sich vernünftig und erst als er von der bei ihm vorgenommenen Haussuchung und deren Erfolg hörte, fing er an den wilden Mann zu spielen."

Es erging deshalb am 12. Febr. 1888 durch den Herrn Vorsitzenden der Strafkammer III an Herrn Medicinalrath Dr. *L.* das Ersuchen, sich nach erfolgter ärztlicher Beobachtung des S. über dessen Geisteszustand sowie darüber gutachtlich äussern zu wollen, ob die Ueberführung des S. in die Königliche Charité nothwendig erscheint. Darauf erfolgte die Antwort des Dr. *L.* am 20. Febr. 1888: „Auf Grund des gegenüberstehenden Ersuchens habe ich nach Kenntnissnahme der Akten heute den Angeschuldigten in der Haft explorirt. Derselbe benahm sich so laut, dass ich garnicht zu Worte kam und so unvernünftig, dass eine Vernehmung unmöglich war. Es ging mir ähnlich wie dem Herrn Untersuchungsrichter. In der jetzigen Verfassung ist der Mann gar nicht verhandlungsfähig. Zu seiner eventuellen Behandlung und systematischen Beobachtung ist bei der aussergewöhnlichen Schwierigkeit des Falles die Ueberführung von ihm nach der Irrenstation in der Königlichen Charité und seine weitere Begutachtung durch die Anstaltsärzte meines Erachtens nach der einzig sichere Weg, um über die geistige Verfassung des p. S. volle Klarheit und Sicher-

heit zu erlangen." Darauf wurde Provokat am 7. März 1888 in die Irrenabtheilung der Königl. Charité überführt.

Auch hier wurde Provokat am 15. März 1888 vom Dr. *T.* „ein schwer zu beurtheilender Mensch" genannt, am 20. April jedoch schrieb derselbe über ihn: „Als Resultat der sechswöchentlichen Beobachtung hat sich ergeben, dass der p. S. jetzt geisteskrank und verhandlungsunfähig, dass aber keine genügende Momente vorliegen um anzunehmen, dass S. sich bereits z. Z. der That in einem Zustande von Geisteskrankheit mit Unzurechnungsfähigkeit befunden habe."

Das über ihn damals in der Charité geführte Journal lautet:

„Krankheit: Paranoia. Schwachsinn. Pat., ein viel bestrafter ($9^1/_2$ Jahre Zuchthaus) Mensch, kommt aus dem Untersuchungsgefängniss, wo er plötzlich verwirrte Grössenideen geäussert hätte und vom Physikus für einen Simulanten erklärt worden war, zur Beobachtung in die Charité.

„Nach Inhalt der Akten ist er ein schwachsinniger, der Disciplin fast unzugänglicher, zu kindischem, unbotmässigen Verhalten geneigter, dem Trunke ergebener Mensch. Er ist bei der Aufnahme etwas erregt, will Kronprinz von Hannover sein, ist in seinem Schloss, giebt ganz unsinnige, absichtlich verkehrte Antworten, ist im Uebrigen sehr grob und abweisend, lässt sich auf Nichts ein. Die ersten beiden Wochen ist er öfter Nachts unruhig, springt aus dem Bett, wirft die Betten heraus, schimpft plötzlich, macht sonderbare Bewegungen, während er bei Tage fast bewegungslos mit starrem Gesicht im Bett liegt."

„Er isst gut, hält sich reinlich und äusserlich sonst geordnet. Später wird er ganz stumm, zeigt bei Anreden ein ängstliches Gesicht mit Beben der Züge und beschleunigter Athmung, ist ganz reactionslos.

„In körperlicher Beziehung lassen sich Abweichungen nicht nachweisen. Pat. macht den Eindruck eines schwachsinnigen Hallucinanten."

17. April. „Nach Moabit zurück." (N. B. „ungeheilt".) *Thomsen.*

Darüber, wie es dem Provokaten vom 17. April 1888 bis zum 3. Juli 1888 (Tag der Untersuchung durch Dr. *R.*) im Untersuchungsgefängniss Moabit weiter erging, ergeben die Akten Nichts. Es wurde aber die Königliche Charité noch um ein motivirtes Gutachten ersucht, welches Herr Dr. *S.* unter dem 8. Juni 1888 erstattete. Derselbe ist in demselben vor Allem der Ansicht, dass diejenigen Gründe, welche Herr Dr. *Q.* als für Simulation sprechend aufführt, gerade die Geistesgestörtheit des Provokaten beweisen. Er erweist zuerst, dass nach einer vom Hausarzt des Untersuchungsgefängnisses Dr. *L.* eingegangenen schriftlichen Mittheilung vom 17. März 1888 S. stets behauptet hätte, er sei der Kronprinz von Hannover. Sonst habe er sich stets willig gezeigt und, wie der betreffende Wärter mittheilt, keine auffälligen Handlungen begangen, auch keine Sinnesverwirrungen an den Tag gelegt. Und er erklärt gegen den Schluss seines Gutachtens diese Führung des Provokaten dahin, dass Kranke mit der

Grössenidee einer hohen Abstammung nach aussen hin selten ihre Rolle in der Weise spielen, wie sie Herr Dr. Q. verlange sc. mit allen Consequenzen. Ueberraschend auf den ersten Blick bei diesem Grössenwahn erscheine das Plötzliche in der Entstehung desselben; plötzliches Hervortreten einer solchen Grössenwahnvorstellung, wie sie hier vorliege, sei allerdings etwas ungewöhnliches, aber doch nicht selten bei Geisteskranken zu beobachten. Wenn auch Wahnvorstellungen dieser Art gewöhnlich Sinnestäuschungen, in Sonderheit Gehörstäuschungen ihre Entstehung verdanken, so könne es doch vorkommen, dass die Wahnvorstellung resp. die Grössenidee ohne voraufgegangene Sinnestäuschungen in Erscheinung trete. Ganz plötzlich sei sie da, ohne dass wir im Stande seien, ihren Ursprung nachzuweisen. Vielleicht wäre es möglich gewesen, bei S. die Entstehung derselben etwas genauer zu eruiren, als es geschehen konnte, wenn S. ein etwas zugänglicheres Verhalten gezeigt hätte und wenn wir ausführlichere Nachrichten über sein Vorleben gehabt hätten. Ein solches abweisendes unzugängliches Verhalten dürfe uns nicht Wunder nehmen bei einem Menschen wie S., welcher einen grossen Theil seines Lebens in der Gefangenschaft zugebracht hat, welcher wieder aus dem Gefängniss heraus der Irrenanstalt zugeführt wird. Damit sei auch zu gleicher Zeit der Einwand entkräftet, es handle sich bei dem p. S. nur um ein bewusstes, absichtliches Verheimlichen, lediglich zu dem Zwecke, um sich nicht zu verrathen. Die Motive, weshalb die Kranken ihre Wahnvorstellungen verheimlichen, lassen sich meist ebensowenig, wie diese selbst, völlig erkennen. Auf Grund dieser Ausführungen würden wir nicht fehl gehen, wenn wir bei dem S. eine Geisteskrankheit als zur Zeit bestehend annehmen und zwar charakterisire sich dieselbe als eine chronische Verrücktheit. Ueber die Zeit der Entstehung der Erkrankung lasse sich bei den mangelhaften Notizen über das Vorleben des p. S. nichts angeben. Wenn auch nicht in Abrede gestellt werden solle, dass der Verdacht auf Simulation bei dem p. S. ein wohl begründeter sei: Das Wesen des Kranken mache nicht den Eindruck des Simulanten. Er verharre in seiner abweisenden, verschlossenen Haltung, erzähle spontan keine langen Geschichten über seine vermeintliche Abstammung, lasse nur mühsam etwas aus sich herausfragen. Sein ganzes Verhalten stimme durchaus überein mit dem Benehmen solcher Verrückten. Ganz unmöglich sei es, stuporöse Zustände zu simuliren, wie sie wochenlang bei dem S. beobachtet wurden. Die Entwickelung des Zustandes, das Verhalten in demselben können nicht vorgetäuscht werden bei einer unausgesetzten Beobachtung. Der Beweis der Simulation sei durchaus nicht erbracht. Wort für Wort lasse sich das im Gutachten für dieselbe Angeführte widerlegen. Er fasse daher sein Gutachten dahin zusammen:

1. Dass p. S. sich in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befinde.

2. Dass p. S. z. Z. seiner Entlassung aus der Charité (am 17. April

1888) verhandlungsunfähig gewesen sei und dass derselbe voraussichtlich längere Zeit verhandlungsunfähig bleiben werde.

3. Dass neben der bei p. S. angenommenen Geistesstörung eine Simulation ausgeschlossen sei.

4. Dass keine genügenden Momente vorlägen, anzunehmen, dass p. S. sich bereits z. Z. der That in einem Zustande von Geisteskrankheit und Unzurechnungsfähigkeit befunden habe.

Es wurde zu Folge dieses Gutachtens am 20. Juni 1888 das Verfahren gegen S. wegen Geisteskrankheit eingestellt und S. am 1. Juli 1888 Behufs Unterbringung in eine Irrenanstalt dem Königl. Polizei-Präsidium in Berlin zugesandt. Dieses veranlasste seine zweite Aufnahme in die Irrenabtheilung der Königl. Charité am 5. Juli 1888, nachdem S. unter dem 3. Juli vom Bezirks-Physikus Dr. *R.* folgendermaassen begutachtet worden war:

„Der p. S. befindet sich seit seiner Aufnahme in dem Isolirgewahrsam der Stadtvoigtei in einem Zustande krankhafter Erregung und völliger Verworrenheit. Er ist durchaus unzugänglich und beantwortet keine an ihn gerichtete Frage, als mit einer beleidigenden Gegenbemerkung, wie z. B. „„das kann jeder Lump fragen““."

„Dabei näherte er sich dem Unterzeichneten mit zornigen Blicken und in drohender Haltung. Auf die bestimmte Frage, ob er der Kronprinz von Hannover sei, wie er früher behauptet habe, erwidert der p. S. „„das verstände sich von selber und müsse ein jeder wissen““."

„Nach den Akten und dem Ergebniss der Untersuchung leidet der p. S. an unheilbar gewordener chronischer Verrücktheit, Grössenideen, allmeiner Verworrenheit und maniakalischer Erregung."

„Selbst unter der strengen Aufsicht eines Gefängnisses sind von dem erregten, verworrenen und von Grössenideen beherrschten Menschen gemeingefährliche Handlungen zu befürchten und hätte der Unterzeichnete sein Interrogatorium nicht fortsetzen können, ohne eines persönlichen Angriffes Seitens des Untersuchten gewärtig sein zu müssen. Umsomehr müsste jede Gemeingefährlichkeit des p. S. sich äussern und zu Tage treten, wenn er ohne Aufsicht und Pflege seinen verbrecherischen Neigungen und krankhaften Trieben überlassen sein würde."

„Die Ueberführung des p. S. in eine Irren-Pflegeanstalt wegen gemeingefährlicher Geistesstörung erscheint daher geboten."

Am 10. Juli 1888 wurde S. in der Königlichen Charité als nicht vernehmungsfähig bezeichnet.

Während seines zweiten Aufenthaltes wurde daselbst Folgendes über ihn journalisirt:

„Krankheit: Paranoia chronica."

„Pat. ist am 17. April 1888 aus hiesiger Anstalt entlassen, wo er zur Beobachtung gewesen war. Er kommt ruhig, antwortet auf alle Fragen: „„Lassen Sie mich zufrieden.““ Dann äussert er, er sei der Kronprinz

von Hannover, verbittet sich, dass er mit S. angeredet werde. Krank sei er nicht. Hannover solle wieder selbstständig werden, die Hohenzollern sollten nicht darüber herrschen. Pat. spricht mit nasaler Stimme, rechnet falsch (anscheinend absichtlich). Sprache auch anscheinend leicht articul. gestört. Pat. ist fortwährend abweisend."

„16. Juli 1888. Unheilbar a. B. d. D. nach Dalldorf."

Boedeker.

Das Dalldorfer Krankenjournal weist folgende Notizen auf:

21. Juli 1888. Anamnestisches und Stat. praes. psych. Bestreitet jede Heredität. Sagt immer: „Ich weiss nicht, Herr!" Dabei macht er ein eigenthümliches Gesicht, als wenn jede Frage eine Beleidigung wäre, dazwischen vor sich hin starrend. Spricht nasal, häsitirend, behauptet mitunter garnicht sprechen zu können. War Soldat. Potus 5—10 Pfg. pro die. Nie luisch. Wisse nicht warum er in Untersuchung war. Habe einen Schlaganfall gehabt, wisse nicht wann. Wenn seine Schwester herkomme, werde die Auskunft geben können. Wisse nicht, ob wir 1888 oder 1887 hätten, Monat wisse er auch nicht. Da müsse er erst seine Herren Collegen fragen (Pat. macht auch mit dem Körper während des Sprechens allerhand wunderbare Bewegungen). Wisse nicht, warum er nach der Charité gekommen sei, wisse nicht, wer ihn hingebracht habe, wisse auch nicht, wie lange er dort war, kenne auch den Namen des Arztes dort nicht, habe einen kleinen blonden Schnurrbart, gross. Er sei hier in Dalldorf, das habe ihm der Oberarzt in der Charité gesagt. Das sei eine Irrenanstalt, habe der Herr Oberarzt gesagt. Sei nicht irre. Sei der Kronprinz von Hannover. Hannover sei keine preussische Provinz, gehöre zu Hannover. Wie kann Hannover preussisch sein. Der König sei Georg. Wisse nicht ob er noch lebe. Sei schon lange Kronprinz. Habe im Schloss Herrenhausen gewohnt. Werde schon zur Regierung kommen; wann, wisse er nicht. Wer ihm das gesagt habe, wisse er nicht. Habe Maurer gelernt wie Kaiser Wilhelm. Jeder Prinz lernt ja ein Handwerk. Der letzte Krieg gegen Frankreich? wisse er nicht. Leide an Kopfschmerzen (vorn und hinten). Stat. praes. somat. Horizontaler Schädelumfang 57, frontaler 33, sagittaler 34,5 cm. Schädel symmetrisch, gross, ohne Narben. Kopfhaut sehr verschieblich. Beklopfen des Schädels scheint überall unangenehm empfunden zu werden. Kann Nachts nicht schlafen. Gesicht blass, eingefallen: Grosser blonder Vollbart. Iriden grau. Die rechte Pupille kreisrund, reagirt auf Licht deutlich, die linke nach links und aussen verzogen und reagirt nur zum Theil auf Licht. Wisse nicht, ob er eine Augenentzündung gehabt. Augenbewegungen frei. Gesichtsfeld beiderseits eingeschränkt, das linke mehr wie das rechte. Liest auf 5 m Entfernung No. 24. Macht richtige Farbenangaben. Riecht angeblich gar nicht, weder Nelkenöl, noch Asa foetida. Zunge ohne Narben, gerade, zitternd heraus. Könne nicht dafür, dass er so schlecht spreche, habe

früher besser gesprochen. Geschmacksprüfung ist wegen des ungeschickten Benehmens des Pat. nicht vorzunehmen. Hört die Uhr rechts gar nicht, links nur angelegt. An den Trommelfellen nichts Besonderes; habe einmal Blutausfluss aus dem Ohr gehabt, wisse nicht wann und aus welchem Ohr. Halsdrüsen nicht zu fühlen. Körperbau mittelkräftig, Musculatur mässig schlaff, Fettpolster fast gar nicht vorhanden. Auf dem linken Vorderarm rothe Tätowirung. Starker Tremor der Hände und der Finger. Brustumfang 79—81 cm. Puls 84, regelmässig, sehr stark gespannt. Ueber der Herzspitze präsystolisches Geräusch, erster Aortenton unrein, zweiter sehr accentuirt. Ueber den Lungenspitzen sehr vermindertes Athemgeräusch; in den Unterlappen kein abnormes Geräusch. Hautreflexe lebhaft. Ueber die Genitalien nichts zu bemerken. Cremasterreflex und Kniephänomen lebhaft. Körpergrösse 166 cm.

25. Juli 1888. Es gehe ihm ganz gut. Kopfschmerzen seien nicht mehr so. Ganz gut geschlafen. Die Sprache und der eigenthümliche Blick, den Pat. dem Fragenden entgegenwirft, sind dieselben. Sei drei oder vier Wochen hier, wisse es nicht genau. Es gefalle ihm hier ganz gut, besser als in der Charité. Schöner Garten dahier. Essen sei gut. Plötzlich starrt Patient vor sich hin und hört auf zu antworten. Wisse nicht, wie ich heisse, sei Herr Doctor. Habe noch keine Bekanntschaft gemacht. Langweile sich nicht. Wisse nicht, seit wann er so schlecht spreche, könne nicht dafür. Habe eine Karte geschrieben an sein Verhältniss, die sei *nicht* abgeschickt worden. „Sie sind wohl verrückt, was? Quälen Sie mich doch nicht so."

7. Aug. Bittet um Chloral, könne Nachts nicht schlafen.

10. Aug. Klagt über Brustschmerzen. Habe seit vorgestern Bluthusten.

14. Aug. Musste die vorige Nacht isolirt werden, weil er sich mit dem Pat. P. prügelte.

26. Sept. Seit längerer Zeit als Tischler und Anstreicher beschäftigt. Ruhig.

19. Oct. Fleissig, vergnügt; es ginge ihm gut, habe nur noch selten Kopfschmerzen. An dem „Kronprinzen von Hannover" hält er fest.

11. Dec. Fleissig, gute Führung.

16. Dec. Klagt über heftige Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit.

8. Febr. 1889. Klage über Kopfschmerzen.

9. März. Arbeitet nicht mehr, da er sich mit den Anderen nicht verträgt.

15. März. Als Tischler beschäftigt.

10. April. Bittet um Coffeinpulver gegen seine Kopfschmerzen. Fiat 3 mal täglich.

12. April. Hat einen Brief an seine Schwester durch den Pat. D. schreiben lassen; derselbe ist ganz im D.'schen überschwänglichen Stil geschrieben. Pat. hat sich den Brief zum Lesen geben lassen und zerreisst

ihn dann ärgerlich; so 'ne Briefe schicke er nicht ab; selbst schreiben könne er nicht, seitdem er den Schlaganfall gehabt.

11. Mai. Körperbefund derselbe. Seine Sprache sei so schlecht, seit er einmal ein Stock hoch vom Gerüst fiel; wann das war, wisse er nicht; mit jener Schwäche seiner rechten Seite hätte das Nichts zu thun, diesen Fall hätte er später erlitten. Als er diesen Fall that, sei er bewusstlos liegen geblieben, musste weggetragen werden; das Blut kam ihm aus Nase und Ohren. Der Dr. N. N. hätte ihm damals auch wieder den Daumen einrenken müssen, den er dabei ausgefallen und der schief stand. — Pat. pflegt in der Zeitung zu lesen. Der Oberwärter meint, dass Pat. sein Wesen übertreibe. Auf die Kronprinzenidee gebracht, geräth Pat. schliesslich in Affect; er könne ja sogar noch mehr als Kronprinz sein, das könnten wir ja garnicht wissen etc. Von seinem Aufenthalt in der Charité und von der Zeit vorher wisse er nichts. Haben Sie gestohlen? (geräth in grosse Erregung). Ich habe nicht gestohlen, wer kann das behaupten, das ist Rache! Verfolgt man Sie, weil Sie Kronprinz sind? „Ja."

2. Gutachten. Die Ansicht, dass es sich im November 1887 beim Provokaten um eine Simulation gehandelt habe, wie sie vom Herrn Dr. *Q.* vertreten wurde, ist bereits durch Herrn Dr. *S.* widerlegt und haben auch die Unterzeichneten nach dem Studium des einschlägigen Materials die Ansicht des Letzteren zu der ihren machen können, nur sei mit Bezug auf das *Q.*'sche Gutachten noch hervorgehoben, dass das Wort „Herrenhausen" doch nicht blos eine gewagte Wortconstruction ist und dass es auch genug Simulanten gegeben hat, welche Krankheitsbewusstsein und zwar mit Erfolg simulirten. Das Urtheil über Geisteszustände lässt sich nicht nach wenigen Regeln fällen und die Beobachtung der natürlichen Vorgänge ist der einzige Weg, auf welchem man dem Thatsächlichen am nächsten kommen wird und wie lohnend ist gerade beim Provokaten dieser Weg.

In der That konnte man leicht aus den Krankheitserscheinungen des Provokaten eine Simulation construiren, wenn man eben den Weg des Beobachtens verliess.

Bereits Dr. *L.* äusserte sich am 20. Febr. 1888 nicht darüber ob krank oder nicht, sondern befürwortete bei der aussergewöhnlichen Schwierigkeit des Falles nur die Translocirung des S. nach der Irrenabtheilung der Königlichen Charité „zur systematischen Beobachtung", Dr. *T.* nannte den Provokaten am 15. März 1888 einen schwer zu beurtheilenden Menschen, der nach dem Charité-

journal während seines ersten Aufenthaltes daselbst ganz unsinnige, absichtlich verkehrte Antworten gab und auch Dr. *S.* scheint in seinem Gutachten das sonderbare Wesen des Provokaten als wenigstens zum Theil übertrieben zuzugestehen; und hebt er nicht das Exceptionelle der Entstehung der Wahnidee des Provokaten hervor, ja sagt er nicht, es solle nicht in Abrede gestellt werden, dass der Verdacht der Simulation bei dem p. S. ein wohl begründeter ist? Und sagt nicht auch das während seines zweiten Aufenthaltes in der Charité über S. geführte Journal, dass er falsch — anscheinend absichtlich — gerechnet hätte? Doch sein Betragen Herrn Dr. *L.* gegenüber am 20. Febr. 1888, sein Wesen während seines Aufenthaltes in der Charité, wie es im Charitéjournal beschrieben wird: dass er die ersten beiden Wochen öfter Nachts unruhig war, später ganz stumm wurde, und wie es Dr. *S.* in seinem Gutachten beschreibt, dass er Tage lang fast regungslos im Bett lag, die Extremitäten schlaff herabfallen liess, mit leichtem Zittern der Lippen und beschleunigter Athmung: und schliesslich sein tobsüchtiges Wesen in Gegenwart von Dr. *R.* vor seiner zweiten Aufnahme in die Charité am 3. Juli 1888 beweisen mit Evidenz, dass es sich um einen Geistesgestörten handelte. Dass S. jedoch trotz seiner Geistesgestörtheit zeitweise nicht so weit über seiner Krankheit gestanden haben soll, dass er nicht etwas Sonderbares hinzumachte oder etwas Krankhaftes wegliess, möchten wir sehr bezweifeln und hierin entfernen wir uns am meisten von der Ansicht des Dr. *S.* Kein Geisteskranker, welcher zu Folge lebhafterer krankhafter Vorgänge am Ueberlegen nicht verhindert wird, ist ausser Stande zu simuliren oder zu dissimuliren, hinzuzulügen oder abzustreiten, wie er die Laune hat, die selbstverständlich durch den krankhaften Allgemeinzustand mit beeinflusst ist, und warum sollte auch ein Geistesgestörter wie S., der, wenn er nicht im Affect ist, doch wohl sicher weiss, dass er wegen Diebstahls in Untersuchung kam und wegen „Verrücktheit" nicht in Untersuchung blieb, sich nicht gern in Uebertreibungen gefallen, die ihm bezüglich seiner Straffähigkeit nützen? Bedient er sich hierzu doch nicht seiner Kronprinzenidee, weil er diese eben nicht für krankhaft hält. Dabei soll übrigens nicht geleugnet werden, dass eine ganze Anzahl Geistesgestörter nur zu Folge unklarer Motive Unsinn reden.

So wahrscheinlich wie es übrigens ist, dass Provokat in der

Königlichen Charité hallucinirt hat, so unwahrscheinlich ist es für hier.

Gebessert hat er sich während seines Aufenthalts in Dalldorf etwas; war er doch Anfangs hier beständig abweisend und nicht selten ausserordentlich erregt, beschäftigt er sich doch jetzt, liest er jetzt doch Zeitungen, ja sagte er doch einmal, dass er Kronprinz von Hannover sei, müsse er in seiner Krankheit geäussert haben: so weit vermag er sich jetzt also zu beherrschen resp. diese ihm doch thatsächlich innewohnende Wahnidee zu unterdrücken, denn dass er noch krank ist, beweist das Fehlen von offenem Herantreten an die Aerzte Behufs Rücksprache über seinen Zustand, das Nicht-Zurückweisen resp. Eingehen auf die Kronprinzenidee, ja das Bekenntniss zu derselben im Affect und die Erscheinungen von Seiten des Körpers. Letztere bestehen in starker Spannung der Arterien, verzogener linker Pupille, eigenthümlicher Sprache, eingeschränktem Gesichtsfeld, Geruchsunvermögen, herabgesetzter Sehschärfe, Herzfehler, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz und leiser Schwäche des rechten Armes. Die letztere ist zwar so unerheblich, dass Dr. *S.* schreiben konnte, die Extremitäten sind nicht gelähmt, doch ist immerhin die rechte Hand des Provokaten ungeeignet zu feinen Manipulationen, wie dem Schreiben.

Jene Eigenthümlichkeit der Sprache des Provokaten schwankt in ihrer Intensität; sie tritt mehr hervor im Affect — Patient vermag dann überhaupt manchmal kein Wort hervorzubringen — tritt zurück bei ruhiger Unterhaltung. Jene Sprache wird ausser im Dalldorfer Krankenjournal auch von den Herren *S.* und *B.* erwähnt, ohne dass sie sich jedoch auf Erklärungsversuche derselben einlassen; der erstere sagt, dass die Worte einzeln hervorgestossen würden, der letztere, dass er mit nasaler Stimme sprach und dass die Sprache auch anscheinend leicht articulatorisch gestört sei.

Die krankhaften körperlichen Erscheinungen des Provokaten lassen sich übrigens gut erklären: Da er einen Herzfehler hat, darf man daran denken, dass dieser jenen früheren Schlaganfall, der den Provokaten so lähmte, dass er noch jetzt nicht zu schreiben vermag, veranlasste, und jener spätere Sturz mag die übrigen Sinnesnerven des Provokaten geschädigt haben; vielleicht haben auch beide sein Sprechvermögen alterirt, wenn auch der Sturz erheblicher. Ist nun auch nicht gesagt, dass ein Mensch, welcher

zwei derartige Schädigungen seines Gehirns erlitt, wie S. — eine Blutung mit Schlaganfall zu Folge einer Gefässverstopfung und eine Blutung zu Folge eines Sturzes — geistig erkranken muss, so ist es doch durchaus erfahrungsmässig, dass solche Unfälle, namentlich Sturz, das Gehirn zu weiteren Erkrankungen disponiren.

Demnach geben wir beide unser Gutachten dahin ab, dass Provokat an chronischer Verrücktheit leidet, welche ihn unfähig macht, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen, so dass er als blödsinnig im Sinne des Gesetzes zu bezeichnen ist.

Versuche über den Einfluss des Schlafes auf den Stoffwechsel.

Von

Dr. Hans Laehr,
2. Arzte der Heilanstalt Schweizerhof.

Die folgenden Versuche unternahm ich in der Absicht, die während des Schlafes eintretenden Veränderungen des Stoffwechsels genauer kennen zu lernen, und in der Hoffnung, hierdurch einen tieferen Blick in das Wesen des Schlafes zu gewinnen.

Wir wissen, dass während des Schlafes die Aufnahme des Sauerstoffs und die Abgabe der Kohlensäure bedeutend herabgesetzt ist (beim hungernden Menschen nach *Voit* und *Pettenkofer* um 24 resp. 22 pCt.), dass dagegen die Stickstoffausscheidung sich nicht wesentlich ändert. Hieraus ist die berechtigte Folgerung gezogen, dass im Schlafe der Eiweisszerfall — sobald der Einfluss der Nahrung fernbleibt — nicht wesentlich anders ist als beim Wachen, dass aber bedeutend weniger Fett zersetzt wird, — eine Folge der Ruhe im Muskel- und Nervensystem [1]). Weiterhin konnte man aus der „morgendlichen Harnfluth" *H. Quincke*'s [2]) auf eine Verminderung der Urinsecretion während des Schlafes schliessen. Eine wesentliche Erweiterung erlangte unsere Kenntniss ferner durch den bedeutsamen Versuch *Zülzer*'s [3]), die Harnbestandtheile nach ihrem Mengenverhältniss zum ausgeschiedenen Stickstoff zu gruppiren und hieraus Schlüsse auf den Stoffwechsel in einzelnen Organen zu ziehen. Namentlich widmete er dem Verhältniss der abgeson-

---

[1]) *Voit*, Physiol. des allgem. Stoffwechsels, S. 204 u. 205.

[2]) *H. Quincke*, Arch. f. exper. Path. u. Pharm. VII.

[3]) *Zülzer*, Beiträge zur Medicinalstatistik, III. Ferner „Lehrbuch der Harn-Analyse", 1880; „Untersuchungen über die Semiologie des Harns", 1884.

derten Phosphorsäure zum Stickstoff zahlreiche Untersuchungen und Betrachtungen und gelangte so zu dem Schlusse, dass je nachdem die Zerstörung durch den Stoffwechsel vorwiegend lecithin- oder eiweissreiche Organe betreffe, dies sich im Urin durch eine Erhöhung resp. Erniedrigung der „relativen Phosphorsäure", d. h. des Mengenverhältnisses der P_2O_5 zum N (letzteren als 100 gerechnet) kund thue. Speciell für den Schlaf stellte er fest, dass während der Nacht die relative P_2O_5 stets grösser sei als während des Vormittags; den Nachmittag liess er wegen des überwiegenden Einflusses der Hauptmahlzeit ausser Betracht. Während des Tages würde hiernach der Stoffumsatz in den lecithinreichen Organen, besonders dem Nervensystem, gering sein, um dann während des Schlafes sich zu steigern und so eine Restitution des durch die Thätigkeit des Tages erschöpften Gewebes herbeizuführen. Ich gehe auf den weiteren Ausbau dieser Lehre durch *Zülzer* selbst, ferner durch *Edlefsen*[1]), der den rothen Blutkörperchen ihre hervorragende Betheiligung am Stoffwechsel wahrte, und Andere hier nicht weiter ein; mir kam es nur darauf an, die Bedeutung dieser übrigens nicht unbestrittenen[2]) Ansicht für die Theorie des Schlafes hervorzuheben.

Je wichtiger aber eine Lehre ist, um so mehr ist es nöthig, sie auf ihre Grundlagen zu prüfen. Der schwerste Einwand, der gegen die *Zülzer*'sche Aufstellung erhoben werden kann, beruht darauf, dass bei seinen Beobachtungen zu wenig Rücksicht auf die Ernährungseinflüsse genommen sei. Dieses Mangels baarer sind die Untersuchungen *Mendel*'s[3]), der in einer Reihe von Fällen fand, dass die P_2O_5 während des Schlafes einen grösseren Theil der festen Bestandtheile des Urins ausmacht, als während des Vormittags. Da er aber fast nur die Phosphorsäure, nicht aber die anderen Harnbestandtheile, namentlich nicht das Chlor, berücksichtigte, so waren weitere Beobachtungen nach dieser Richtung nicht überflüssig. In den folgenden kam es mir darauf an, den Einfluss der Nahrungsaufnahme möglichst zu beseitigen und möglichst viele

[1]) *Edlefsen* s. bes. deutsches Arch. f. klin. Med. XXIX.

[2]) Cf. *Voit*, l. c., S. 80, *Hoppe-Seyler*, Physiolog. Chemie, S. 884, *Salkowski-Leube*, Lehre vom Harn, S. 186.

[3]) *Mendel*, Die Phosphorsäure im Urin Gehirnkranker, Theil II. Arch. f. Psych. III. S. 642 ff.

Stoffe der Menge nach zu bestimmen. Um wegen der Dauer des Schlafes, der bestimmten Nahrung etc. ganz sicher zu sein, nahm ich alle Versuche an mir selbst vor.

Den Einfluss der Nahrung zu beseitigen, sah ich nur zwei Wege. Der eine, jedenfalls vollkommenere, besteht im Ausschluss jeder Nahrung, im Hunger. Aber abgesehen davon, dass ich weder Neigung noch Talent besitze, auf Cetti's Spuren zu wandeln, konnte ich guten Schlaf im Hungerzustand regelmässig kaum erwarten. Als zweiter Weg bot sich mir gleiche Ernährung für die Zeit des Schlafens und des Wachens, und da mir von Natur ausreichende Fähigkeit gegeben ist, fast jederzeit, auch bei vollem Magen, einzuschlafen, so entschied ich mich hierfür.

Die Versuchsanordnung ward nun folgendermaassen gewählt: der Tag (von Mittag zu Mittag gerechnet) ward in 3 achtstündige Perioden getheilt; zu Anfang jeder Periode ward der Urin entleert, dann (in den letzten Versuchen) das Körpergewicht auf einer Decimalwaage festgestellt, endlich jedesmal das (während einer Versuchsreihe) gleiche Mahl eingenommen. Letzteres wurde regelmässig gegen Ende der Vormittagsperiode für die kommenden 3 Mahlzeiten genau abgewogen resp. abgemessen, so dass diese unter sich kaum verschieden sein konnten. Wenn ich nun eine der achtstündigen Tagesperioden (mit Ausnahme der ersten zum Essen nöthigen halben Stunde) schlafend, die beiden anderen wachend zubrachte, so konnte ich hoffen, genauer als bisher den Einfluss des Schlafes auf die Urinsecretion festzustellen.

Freilich nur auf diese. So wichtig es wäre, die Untersuchung auch auf die Fäces auszudehnen, die ja einen sehr grossen Theil namentlich der P_2O_5-Ausscheidung vermitteln, so unmöglich scheint es mir, dieselben für je 8 Stunden abzugrenzen, wie es für unseren Zweck nöthig wäre. Sie wurden nur in 2 Versuchsreihen gewogen, um bei der Beurtheilung der Aenderungen des Körpergewichts verwerthet zu werden.

I. Den ersten Versuch unternahm ich vor 8 Jahren im chemischen Laboratorium der inneren Klinik zu Kiel als Assistent des Herrn Prof. *Quincke*, dem ich für Befreiung von anderen Arbeiten während des Versuchs und für manchen guten Rath meinen Dank ausspreche. Ich war damals 24 Jahre alt, mein Körper-

gewicht betrug zu Anfang des Versuchs 67, am Ende desselben 64,7 k. Die Nahrung ward Mittags 3 Uhr, Abends 11 Uhr und Morgens 7 Uhr eingenommen und bestand jedesmal aus 700 ccm roher Milch, 2 gekochten Eiern (mittleres Gewicht ohne Schaale 44,0, Eigelb 16,0), 45,0 Weissbrot, 30,0 Butter und 1,0 Kochsalz. Die Butter war während aller vier Tage dieselbe; die Eier konnten aus einer grösseren Menge ausgewählt werden, so dass sie nur geringe Gewichtsunterschiede boten. Die Urinentleerung fand am 1. und 2. Tage nur am Ende jeder Periode, am 3. und 4. alle 2 Stunden statt. Die Fäces wurden regelmässig Morgens gegen $^1/_2$8 Uhr deponirt.

Der Schlaf währte am 1. bis 3. Tage Nachts von $^1/_2$12 bis $^3/_4$7 Uhr, am 4. Tage Nachmittags $^1/_2$4 bis 4 Uhr und Morgens von 5 bis $^3/_4$7 Uhr. Da in beiden letzten Tagen die Urine von je 2 Stunden einzeln bestimmt wurden, fehlen hier die specifischen Gewichte, und sind die übrigen Zahlen durch Addition erhalten.

Die auf die Schlafzeit bezüglichen Werthe sind in dieser wie in den folgenden Tabellen der Uebersichtlichkeit halber fetter gedruckt.

Tab. Ia.

	1881, 12.-16. Juli	Urinmenge ccm	Spec. Gewicht	Feste Bestandtheile	Saure Reaction in Na.	N	Cl	Gesammt SO_3	P_2O_5
1. Tag	Nachm. 3-11 Uhr	185	1027	11,6	0,34	2,01	1,19	0,637	0,715
	Nacht 11-7 Uhr	**300**	**1022**	**15,4**	**0,39**	**2,86**	**1,38**	**0,719**	**0,741**
	Vorm. 7-3 Uhr	290	1026	17,6	0,28	2,76	2,22	0,884	0,617
	Durchschnitt:	258	—	14,9	0,34	2,54	1,60	0,747	0,691
2. Tag	Nachm. 3-11 Uhr	290	1029	19,0	0,26	3,17	2,08	0,815	0,749
	Nacht 11-7 Uhr	**390**	**1022**	**20,0**	**0,36**	**3,93**	**1,85**	**0,924**	**1,052**
	Vorm. 7-3 Uhr	280	1027	17,6	0,31	3,28	2,41	0,800	0,708
	Durchschnitt:	320	—	18,9	0,31	3,46	2,11	0,846	0,836
3. Tag	Nachm. 3-11 Uhr	259	—	17,7	0,40	3,65	1,70	—	0,937
	Nacht 11-7 Uhr	**327**	—	**17,5**	**0,41**	**4,12**	**1,50**	—	**1,054**
	Vorm. 7-3 Uhr	283	—	19,3	0,34	3,79	2,27	—	0,752
	Durchschnitt:	290	—	18,2	0,38	3,85	1,82	—	0,914
4. Tag	Nachm. 3-11[1]) Uhr	266	—	18,9	0,42	4,08	1,68	—	1,079
	Nacht 11-7[2]) Uhr	369	—	22,9	0,33	4,71	2,26	—	1,054
	Vorm. 7-3 Uhr	246	—	17,6	0,39	3,73	2,13	—	0,737
	Durchschnitt:	294	—	19,8	0,38	4,17	2,02	—	0,957

[1]) Schlaf von $^1/_2$4 bis 4 Uhr. [2]) Schlaf von 5 bis $^3/_4$7 Uhr.

Ueber die Verhältnisse der zweistündigen Theilperioden am 3. und 4. Tage giebt die folgende Tabelle Auskunft, aus der die betreffenden Zahlen in Tab. Ia berechnet wurden:

Tab. Ib.

3. Tag.	Urinmenge	Spec. Gew.	Feste Bestandtheile	Säure in Na.	N	Cl	P_2O_5
3— 5 Uhr Nachm.	64	1032	4,8	0,135	1,11	0,43	0,242
5— 7 - -	90	1026	5,4	0,063	1,11	0,53	0,240
7— 9 - -	58	1030	4,0	0,080	0,74	0,42	0,216
9—11 - -	47	1032	3,5	0,117	0,69	0,32	0,239
11—1 Uhr Nachts	**78**	**1025**	**4,5**	**0,122**	**1,06**	**0,32**	**0,301**
1—3 - -	**108**	**1017**	**4,3**	**0,032**	**1,09**	**0,41**	**0,205**
3—5 - -	**71**	**1024**	**4,0**	**0,115**	**0,98**	**0,31**	**0,230**
5—7 - -	**70**	**1029**	**4,7**	**0,143**	**0,99**	**0,46**	**0,318**
7—11 Uhr Vorm.[1])	168	1029	11,3	0,182	2,29	1,24	0,410
11— 1 - -	75	1028	4,9	0,065	0,80	0,75	0,177
1— 3 - -	40	1033	3,1	0,095	0,70	0,28	0,165
4. Tag.							
3— 5 Uhr Nachm.[2])	65	1033	5,0	0,155	1,10	0,35	0,327
5— 7 - -	90	1027	5,7	0,066	1,31	0,47	0,294
7— 9 - -	54	1032	4,0	0,099	0,85	0,42	0,222
9—11 - -	57	1032	4,2	0,113	0,82	0,44	0,236
11—1 Uhr Nachts	72	1032	5,4	0,111	1,17	0,42	0,282
1—3 - -	127	1022	6,4	0,016	1,36	0,55	0,231
3—5 - -	81	1028	5,3	0,091	1,17	0,61	0,230
5—7 - -	**89**	**1028**	**5,8**	**0,115**	**1,01**	**0,68**	**0,311**
7— 9 Uhr Vorm.	72	1030	5,0	0,132	1,03	0,58	0,262
9—11 - -	62	1031	4,5	0,054	0,96	0,50	0,144
11— 1 - -	67	1030	4,7	0,099	0,98	0,61	0,160
1— 3 - -	45	1033	3,4	0,103	0,76	0,44	0,171

Die festen Bestandtheile des Urins wurden aus dem specifischen Gewicht mittelst des Häser'schen Coefficienten berechnet, die Säure, d. h. saure Reaction, durch Titration mit titrirter Natronlauge (als Indicator diente Phenolphthalein) erhalten und in Na ausgedrückt. Die Phosphorsäure und das Chlor wurden titrirt nach vorheriger Fällung resp. Veraschung, die Schwefelsäure als $BaSO_4$ gewogen. Zur Bestimmung des Stickstoffs diente die Zersetzung durch BrHO im Wagner'schen Apparat.

II. Den zweiten Versuch, den ich 2 Jahre später in Bonn unternahm — einige zwischenliegende, die schon am 1. oder

[1]) Vorm. 9 Uhr am 3. Tage ward die Urinentleerung versäumt, so dass 2 Theilperioden zusammengefasst werden mussten.

[2]) Schlaf von 1/4 4 bis 4 Uhr.

2. Tage wegen eintretender Diarrhöen abgebrochen werden mussten, übergehe ich — erstreckt sich auf 3 Tage. Schon vom ersten Tage an fühlte ich mich nicht wohl, und Kopfschmerzen und Neigung zu Durchfällen zwangen mich zu so frühem Aufhören. Die Notizen über das Körpergewicht sind mir abhanden gekommen, doch erinnere ich mich genau, dass ich auch in diesen 3 Tagen um mehrere kg abnahm.

Die Nahrungsaufnahme, Mittags 2 Uhr, Abends 10 Uhr und Morgens 6 Uhr, bestand jedesmal aus 300 ccm roher Milch, 75,0 Weissbrot, 50,0 gekochtem Ei (1 Ei + so viel Eiweiss, dass 50,0 erreicht wurden), 40,0 Butter, 100,0 fettfreiem Schinken, 1,0 Kochsalz und 500 ccm Exportbier.

Ich schlief von $^3/_4$ 11 Uhr Nachts bis $^3/_4$ 6 Uhr Morgens, stets fest und ruhig.

Tab. II.

	1883, 25.—28. April	Urinmenge ccm	Specif. Gew.	Feste Bestandtheile	Säure in Na	+ U	Cl	Gesammt SO_3	P_2O_5	CaO
1. Tag	Nachm. 2—10 Uhr	590	1026	35,7	0,171	12,5	—	0,908	0,838	
	Nacht 10—6 Uhr	**712**	**1022**	**36,5**	**0,056**	**14,6**	**5,86**	**1,061**	**0,933**	
	Vorm. 6—2 Uhr	874	1022	44,8	0,221	15,5	7,26	0,993	0,891	
	Durchschnitt:	725	—	39,0	0,149	14,2	—	0,987	0,887	
2. Tag	Nachm. 2—10 Uhr	735	1024	41,1	0,156	14,4	8,30	1,062	0,845	
	Nacht 10—6 Uhr	**768**	**1025**	**44,7**	**0,039**	**15,0**	**8,51**	**0,994**	**0,860**	
	Vorm. 6—2 Uhr	796	1024	44,5	0,238	14,6	9,83	1,041	0,836	
	Durchschnitt:	766	—	43,4	0,144	14,7	8,88	1,032	0,847	
3. Tag	Nachm. 2—10 Uhr	668	1026	40,5	0,194	14,1	8,44	1,089	0,795	0,060
	Nacht 10—6 Uhr	**613**	**1026**	**37,1**	**0,135**	**15,9**	**7,36**	**1,118**	**0,852**	**0,086**
	Vorm. 6—2 Uhr	724	1025	42,2	0,293	16,2	9,20	1,069	0,891	0,065
	Durchschnitt:	668	—	39,9	0,207	15,4	8,33	1,092	0,846	0,070

Die festen Bestandtheile sind nach *Haeser* berechnet; die Reaction ward wieder durch Titration mit Na-Lauge festgestellt und auf Na berechnet, doch dienten hier als Indicator Streifen von Lakmuspapier. Der Harnstoff ward mit der Liebig'schen Hg-Lösung nach der Pflüger'schen Modification, Cl nach Veraschung mit Salpeter und Soda, P_2O_5 direct im

Urin titrirt, SO_3 als $BaSO_4$, der Kalk als oxalsaurer Kalk gefällt und nach starkem Glühen als CaO gewogen.

Beide angeführten Versuche litten unter dem Uebelstande, dass ich bei der eiweissreichen, aber an Kohlehydraten armen Nahrung auch ein ungefähres Gleichgewicht der Einnahmen und Ausgaben so rasch nicht erreichte. Auch konnte ich sie — abgesehen von hindernden Nebenumständen — schon deswegen nicht länger fortsetzen, weil ich die Urine allein aufzuarbeiten hatte, hierzu aber noch die nächsten Tage zu Hülfe nehmen musste. Diese Hemmnisse fielen in den folgenden Versuchen weg. Es gelang mir, eine Ernährungsart ausfindig zu machen, bei der mein Körpergewicht nur unerheblich schwankte und mein subjectives Befinden durchschnittlich ein gutes blieb. Ausserdem unterstützte mich freundlichst mein College Dr. *Liebe*, der die quantitative Bestimmung der Reaction und der Phosphorsäure übernahm. Mein Vater, als dessen Assistent ich diese Versuche anstellte, gestattete mir, wie vordem Prof. *Quincke* in Kiel und Geheimrath *Nasse* in Bonn, meine ganze Zeit der Urinuntersuchung zuzuwenden.

III. So konnte der dritte Versuch sich über 6 Tage erstrecken. Weiter kam ich nicht, weil sich dann Widerwille gegen die einförmige Nahrung geltend machte. Sonst war mein Wohlbefinden diesmal durchaus befriedigend und besser als während des vorigen und auch des folgenden Versuches.

Es wurden täglich um 3 Uhr Mittags, 11 Uhr Abends und 7 Uhr Morgens eingenommen je 1 Ltr. rohe Milch, 10 ccm Arrac, 100,0 Weissbrot und 20,0 Butter. Den Arrac glaubte ich mir gestatten zu müssen, um die grosse Milchmenge erträglich zu machen. Er sowohl wie die Butter wurden stets derselben Portion entnommen; die Butter stand, um sie frisch zu erhalten, auf Eis.

Ich schlief von $^1/_2$12 Uhr Nachts bis 7 Uhr Morgens, um nicht durch die Viertelstunde Morgens, die ich in den vorigen Versuchen, statt zum Schlafen, zum Ankleiden verwendete, Irrthümer hervorzurufen. Mir schwebte dabei die „morgendliche Harnfluth“ vor.

Das Körpergewicht stellte ich zu Anfang jeder Periode nach der Urinentleerung fest; in die Tabelle habe ich nur die daraus für die einzelnen Tagesperioden sich ergebenden Differenzen in kg eingetragen. Das Anfangsgewicht betrug 71,19 kg, das am Schlusse des Versuchs 71,69 kg.

	1889, 30. März bis 5. April	Kor-pergewicht in kg	Fäces in g	Urinmenge ccm	Specif. Gew.	Feste Best.	Säure in Na	+ U	Cl	Gesammt SO_3	P_2O_5
1. Tag	Nachm. 3—11 Uhr	+0,37	—	310	1030,5	22,0	0,242	8,8	2,54	—	0,701
	Nacht 11—7 Uhr	**+0,20**	—	**515**	**1015,5**	**18,5**	**0,389**	**9,9**	**1,19**	—	**0,927**
	Vorm. 7—3 Uhr	+0,05	40,0	670	1022	34,4	0,111	11,6	3,94	—	0,851
	Durchschnitt:	+0,21	—	498	—	25,0	0,247	10,1	2,56	—	0,826
2. Tag	Nachm. 3—11 Uhr	−0,36	139	1050	1014	34,2	0,174	10,9	3,07	0,822	0,714
	Nacht 11—7 Uhr	**−0,11**	—	**845**	**1012**	**23,6**	**0,319**	**11,3**	**1,25**	**0,801**	**0,803**
	Vorm. 7—3 Uhr	+0,05	85	575	1021,5	28,8	0,185	11,3	3,29	0,772	0,932
	Durchschnitt:	−0,14	—	757	—	28,9	0,226	11,2	2,54	0,798	0,816
3. Tag	Nachm. 3—11 Uhr	−0,22	—	830	1016	30,9	0,221	10,4	2,16	0,841	0,971
	Nacht 11—7 Uhr	**−0,06**	—	**760**	**1013**	**23,0**	**0,378**	**11,3**	**0,94**	**0,840**	**0,980**
	Vorm. 7—3 Uhr	+0,25	108	375	1028	24,4	0,224	10,2	2,05	0,756	0,964
	Durchschnitt:	−0,01	—	655	—	26,1	0,274	10,6	1,72	0,812	0,972
4. Tag	Nachm. 3—11 Uhr	−0,09	—	730	1017,5	29,6	0,208	11,7	1,93	0,827	1,015
	Nacht 11—7 Uhr	**+0,14**	—	**780**	**1012**	**21,8**	**0,337**	**11,9**	**0,81**	**0,779**	**0,975**
	Vorm. 7—3 Uhr	+0,15	—	480	1024	26,8	0,093	11,6	2,15	0,743	1,061
	Durchschnitt:	+0,07	—	663	—	26,1	0,182	11,7	1,63	0,783	1,017

												Organ SO_3	Ca O	Mg O	K	Na
5. Tag	Nachm. 3—11 Uhr	±0	62	785	1015	27,5	0,209	10,9	1,70	0,811	1,068	0,054	0,107	0,037	?	?
	Nacht 11—7 Uhr	**+0,11**	—	**750**	**1012**	**21,0**	**0,331**	**11,2**	**0,72**	**0,760**	**1,005**	**0,041**	**0,145**	**0,076**	**0,61**	**0,37**
	Vorm. 7—3 Uhr	+0,07	—	465	1023,5	25,4	0,056	11,5	1,90	0,760	0,944	0,064	0,095	0,034	1,52	0,86
	Durchschnitt:	+0,06	—	667	—	24,6	0,199	11,2	1,44	0,777	1,006	0,053	0,118	0,049	—	—
6. Tag	Nachm. 3—11 Uhr	−0,13	91	700	1015	24,5	0,174	11,2	1,93	0,774	0,973	0,043	—	—	0,99	1,30
	Nacht 11—7 Uhr	**+0,05**	—	**795**	**1012**	**22,2**	**0,358**	**10,8**	**1,08**	**0,740**	**0,954**	**0,033**	—	—	**0,73**	**0,45**
	Vorm. 7—3 Uhr	+0,03	165	415	1027	26,1	0,130	11,0	2,36	0,722	0,950	0,054	—	—	1,65	1,11
	Durchschnitt:	−0,02	—	637	—	24,3	0,221	11,0	1,79	0,745	0,959	0,043	—	—	1,13	0,95

Zur Bestimmung der Säurereaction des Urins benutzte ich hier wie im ersten Versuche Phenolphthalein, der Harnstoff ward wieder nach *Liebig-Pflüger*, Cl und P_2O_5 direct im Urin mit Silbernitrat resp. Uranlösung titrirt, die gesammte und die organische (gepaarte) Schwefelsäure als $BaSO_4$ gewogen, letztere nach Ausfällung der präformirten SO_3 mittelst alkalischer Chlorbaryumlösung. Kalk, Magnesia, Kali und Natron wurden ebenfalls gewichtsanalytisch bestimmt. (Cf. das Lehrbuch von *Salkowski*.)

IV. In der vierten Reihe, die ich auf 8 Tage ausdehnte, sollte der Versuch gemacht werden, statt in der Nacht in andren Perioden zu schlafen. Demnach durchwachte ich die letzten 4 Nächte und schlief statt dessen am 5. und 6. Vormittag und am 8. Nachmittag. Die durchwachten 4 Nächte verbrachte ich theils mit Lesen, theils mit Rechnen, trotzdem ward es mir oft, besonders in der 5. und 6. Stunde, schwer, den Schlaf fern zu halten, und ich musste hin und wieder kurze Gänge durch das Zimmer machen, um wach zu bleiben. Andererseits war der Schlaf Nachmittags und Vormittags in seiner zweiten Hälfte nicht so ruhig und tief wie sonst des Nachts; ich wachte oft auf und konnte erst nach einiger Zeit wieder einschlafen.

Die Hitze, die in diesem Jahre dem Mai eigenthümlich war, zeigt ihre Wirkung auch im vorliegenden Versuch: die Urinmenge ist stets verhältnissmässig gering.

Die Nahrung ward diesmal Mittags 1 Uhr, Abends 9 Uhr und Morgens 5 Uhr genommen, um das Tageslicht im Laboratorium mehr ausnutzen zu können. Die Menge des Arraks ward um 5 ccm erhöht, so dass jede Mahlzeit aus 1 Ltr. Milch, 15 ccm Arrak, 100,0 Weissbrot und 20,0 Butter bestand.

Die Fäces am 4. und 8. Tage waren dünnbreiig, sonst stets hart.

Das Körpergewicht betrug zu Anfang des Versuchs 71,89 kg, am Schluss desselben 72,03 kg; die Tabelle IV auf S. 295 u. 296 enthält wieder nur die Differenzen.

Die Untersuchung der einzelnen Harnbestandtheile geschah wie bei No. III; nur wurde das Cl, das dort Nachts so erheblich abweichende Werthe gezeigt hatte, diesmal nicht direct im Urin, sondern nach dessen Veraschung (mit Salpeter und Soda) titrirt.

V. Es war nun wünschenswerth, um den Einfluss der Stellung und der Körperbewegungen möglichst auszuschliessen, noch eine Versuchsreihe bei beständiger Bettruhe vorzunehmen und auch hier den Schlaf zu verschiedenen Zeiten eintreten zu lassen. Letz-

Tab. IV.

	1889 20.—28. Mai	Körpergewicht in kg	Fäces in g	Urinmenge ccm	Specif. Gew.	Feste Best.	Säure in Na	+ U	Cl	Gesammt SO_3	P_2O_5	Organ. SO_3	CaO	MgO
1. Tag	Nachm. 1—9 Uhr	—0,39	—	495	1023	26,5	0,187	9,3	4,45	0,671	0,777	0,061	0,109	0,061
	Nacht 9—5 Uhr	**—0,15**	—	**730**	**1010**	**17,0**	**0,262**	**8,8**	**1,97**	**0,672**	**0,810**	**0,060**	**0,182**	**0,103**
	Vorm. 5—1 Uhr	± 0	75,0	425	1024	23,8	0,184	10,0	3,78	0,695	0,752	0,055	0,153	0,052
	Durchschnitt:	—0,18	—	550	—	22,4	0,211	9,4	3,40	0,679	0,780	0,059	0,148	0,072
2. Tag	Nachm. 1—9 Uhr	—0,16	—	515	1018	21,6	0,227	9,8	2,63	0,771	0,896	0,057	—	—
	Nacht 9—5 Uhr	**—0,02**	—	**587**	**1013**	**17,8**	**0,324**	**10,9**	**1,35**	**0,818**	**1,027**	**0,056**	—	—
	Vorm. 5—1 Uhr	+0,10	87,0	345	1025	20,1	0,232	10,5	2,24	0,759	0,925	0,047	—	—
	Durchschnitt:	—0,03	—	482	—	19,8	0,261	10,4	2,07	0,783	0,949	0,053	—	—
3. Tag	Nachm. 1—9 Uhr	—0,36	—	410	1022	21,0	0,185	11,3	1,72	0,857	1,095	—	—	—
	Nacht 9—5 Uhr	**+0,21**	—	**352**	**1021,5**	**17,6**	**0,284**	**9,2**	**0,66**	**0,620**	**0,849**	—	—	—
	Vorm. 5—1 Uhr	+0,15	84,0	322	1028	21,0	0,172	11,3	1,55	0,772	1,014	—	—	—
	Durchschnitt:	± 0	—	361	—	19,9	0,207	10,6	1,31	0,783	0,986	—	—	—
4. Tag	Nachm. 1—9 Uhr	—0,44	—	387	1024,5	22,1	0,142	11,7	1,70	0,830	1,161	—	—	—
	Nacht 9—5 Uhr	**+0,15**	—	**370**	**1024**	**20,7**	**0,272**	**13,0**	**1,37**	**0,859**	**1,143**	—	—	—
	Vorm. 5—1 Uhr	—0,06	260,0	268	1030	18,7	0,296	10,8	1,50	0,753	0,882	—	—	—
	Durchschnitt:	—0,12	—	342	—	20,5	0,237	11,8	1,52	0,814	1,062	—	—	—

	1889 20.—28. Mai	Körpergewicht in kg	Fäces in g	Urinmenge ccm	Specif. Gew.	Feste Best.	Säure in Na	+ U	Cl	Gesammt SO_3	P_2O_5	Organ. SO_3	CaO	MgO	K	Na
5. Tag	Nachm. 1—9 Uhr	—0,17	—	235	1030	16,4	0,337	10,9	1,17	0,839	0,931	—	—	—		
	Nacht 9—5 Uhr	+0,36	—	252	1031	17,6	0,371	12,5	1,31	0,867	0,983	—	—	—		
	Vorm. 5—1 Uhr	**+0,05**	—	**384**	**1025**	**22,3**	**0,332**	**15,1**	**1 11**	**0,899**	**1,226**	—	—	—		
	Durchschnitt:	+0,08	—	290	—	18,8	0,347	12,8	1,20	0,868	1,047	—	—	—		
6. Tag	Nachm. 1—9 Uhr	+0,09	—	295	1030,5	21,0	0,407	12,3	1,77	0,770	0,973	—	0,147	0,031		
	Nacht 9—5 Uhr	+0,51	—	275	1029	18,6	0,339	11,2	1,59	0,789	0,869	—	0,163	0,045		
	Vorm. 5—1 Uhr	**—0,12**	—	**612**	**1017**	**17,1**	**0,253**	**13,7**	**1,59**	**0,809**	**1,022**	—	**0,171**	**0,046**		
	Durchschnitt:	+0,16	—	394	—	18,9	0,333	12,4	1,65	0,789	0,955	—	0,160	0,041		
7. Tag	Nachm. 1—9 Uhr	—0,23	112,0	282	1030	19,7	0,156	11,4	1,80	0,726	0,767	—	0,107	0,027	—	—
	Nacht 9—5 Uhr	+0,40	—	283	1026,5	17,5	0,312	11,8	1,53	0,799	0,860	—	0,127	0,033	—	—
	Vorm. 5—1 Uhr	—0,20	126,0	350	1027	22,0	0,174	13,6	1,72	0,911	1,036	—	0,112	0,029	1,01	1,58
	Durchschnitt:	—0,01	—	305	—	19,7	0,214	12,3	1,68	0,812	0,888	—	0,115	0,030	—	—
8. Tag	**Nachm. 1—9 Uhr**	**—0,18**	—	**435**	**1022**	**22,3**	**0,288**	**13,7**	**0,96**	**0,889**	**1,279**	—	**0,104**	**0,033**	**1,06**	**0,90**
	Nacht 9—5 Uhr	+0,55	—	254	1033	19,5	0,336	11,1	1,27	0,728	0,899	—	0,137	0,043	0,92	0,54
	Vorm. 5—1 Uhr	+0,05	215,0	315	1029,5	21,6	0,348	12,7	1,42	0,809	1,134	—	1,117	0,028	1,69	0,62
	Durchschnitt:	+0,14	—	335	—	21,1	0,324	12,5	1,22	0,809	1,104	—	0,119	0,035	1,22	0,69

teres glaubte ich aber nicht mit Sicherheit durchführen zu können, da meine Erfahrungen während des vorigen Versuchs mir die Schwierigkeit, bei Tage andauernd fest zu schlafen, gezeigt hatten. Ausserdem durfte dieser Versuch nur wenige Tage dauern, weil ich den producirten Urin während meiner Bettruhe nicht verarbeiten konnte, und mein Freund *Liebe* schon mit Rücksicht auf seine sonstige Thätigkeit nicht in der Lage war, mehr als bisher, d. h. als die Bestimmung der Säure (-Reaction) und der Phosphorsäure, zu übernehmen. Ich beschloss daher, nur 2 Tage zu liegen und während dieser Zeit die Nächte zum Schlafen zu benutzen; die beiden übrigen Tagesperioden verbrachte ich bei leichter Lectüre in ruhiger Bettlage, weil ich ohne jede Beschäftigung zu sehr der Gefahr des Einschlafens ausgesetzt gewesen wäre. Da es mir interessant erschien, den Ablauf der Gewichtsänderung und der Urinausscheidung auch für kürzere Zeiträume zu verfolgen, so entleerte ich den Urin alle 2 Stunden und wog mich unmittelbar darauf. In Tab. Va. ist nur der Gesammturin für jede Periode eingestellt, die übrigen Angaben sind in Tab. Vb. enthalten. Schliesslich fügte ich noch, da es besser schien, nicht gleich die ersten Tage der constanten Nahrung hierfür zu verwenden, 2 vorhergehende Versuchstage ein, in denen ich Nachts schlief und alle 2 Stunden Urin entleerte. Hierbei bestimmte ich nur Chlor und Säure (-Reaction). Die Resultate zeigt gleichfalls Tab. Vb. auf S. 299.

Nahrung und Zeiteintheilung wurden genau wie im vorigen Versuch genommen. Das Körpergewicht betrug 71,50 kg am Beginn des 3. Tages, 71,96 am Schluss des vierten.

Die Bestimmung der Urinbestandtheile geschah ganz wie in IV. Stuhlgang erfolgte während beider Tage nicht.

Die Cl-Bestimmung während der vorhergehenden beiden Tage ward direct im Urin vorgenommen, weil bei der Menge der zu untersuchenden Portionen die Veraschung zu viel Zeit beansprucht hätte. Einmal wachte ich in der 3. Nacht trotz der Mahnung der Weckuhr nicht auf, so dass dort statt des Harns von 2 der von 4 Stunden in der Tabelle erscheint. Die Summe der festen Bestandtheile stimmt in Tab. Va und Vb, wenn man hier die Einzelsummen für je 8 Stunden zusammenrechnet, nicht vollkommen überein, weil ich jener das in den Gesammturinen bestimmte specifische Gewicht zu Grunde gelegt habe; übrigens ist die Differenz zu gering, um das Resultat irgendwie zu beeinträchtigen.

Tab. Va.

	1889 21.—22. Juni	Körpergewicht in kg	Urinmenge ccm	Specif. Gewicht	Feste Best.	Säure in Na	+ U	Cl
3. Tag	Nachm. 1—9 Uhr	—0,25	766	1015	26,7	0,141	11,5	2,18
	Nacht 9—5 Uhr	**+0,07**	**569**	**1016**	**21,2**	**0,335**	**11,4**	**11,4**
	Vorm. 5—1 Uhr	+0,22	474	1023	25,4	0,201	12,1	2,04
	Durchschnitt:	+0,02	603	—	24,4	0,226	11,7	1,79

	Gesammt SO_3	P_2O_5	Organ. SO_3	CaO	MgO	K	Na
Nachm. 1—9 Uhr	0,844	1,149	0,047	—	—	1,36	1,62
Nacht 9—5 Uhr	**0,742**	**1,087**	**0,047**	—	—	**0,80**	**0,65**
Vorm. 5—1 Uhr	0,792	1,010	0,052	—	—	1 61	1,11
Durchschnitt:	0,793	1,082	0,049	—	—	1,26	1,13

	1889 22.—23. Juni	Körpergewicht in kg	Urinmenge ccm	Specif. Gewicht	Feste Best.	Säure in Na	+ U	Cl
4. Tag	Nachm. 1—9 Uhr	—0,10	594	1016,5	22,8	0,295	11,8	1,77
	Nacht 9—5 Uhr	**+0,32**	**306**	**1023,5**	**16,7**	**0,360**	**10,1**	**0,91**
	Vorm. 5—1 Uhr	+0,18	438	1022	22,5	0,258	12,0	1,59
	Durchschnitt:	+0,13	446	—	20,7	0,304	11,3	1,42

	Gesammt SO_3	P_2O_5	Organ. SO_3	CaO	MgO	K	Na
Nachm. 1—9 Uhr	0,755	1,045	0,053	0,143	0,028	1,33	0,99
Nacht 9—5 Uhr	**0,710**	**1,022**	**0,049**	**0,144**	**0,031**	**0,70**	**0,41**
Vorm. 5—1 Uhr	0,824	0,955	0,066	0,149	0,032	1,43	0,81
Durchschnitt:	0,763	1,007	0,056	0,145	0,030	1,15	0,74

Das Körpergewicht betrug am Beginn des 1. Tages 71,93 kg, am Schluss des 4. 71,56 kg. Die Tabelle Vb auf der folgenden Seite enthält wieder nur die Differenzen.

Tab. Vb.

1. Tag	Körpergewicht in kg	Urinmenge ccm	Specif. Gewicht	Feste Best.	Säure in Na	Cl
Nachm. 1—3 Uhr	+0,10	75	1027	4,7	0,079	0,60
- 3—5 -		80	1027	5,0	0,066	0,58
- 5—7 -		96	1024,5	5,5	0,079	0,85
- 7—9 -		88	1026	5,3	0,076	0,82
Nacht 9—11 Uhr	**—0,16**	**422**	**1006,5**	**6,4**	**0,078**	**0,49**
- 11—1 -		**81**	**1022**	**4,2**	**0,062**	**0,39**
- 1—3 -		**55**	**1026**	**3,3**	**0,072**	**0,27**
- 3—5 -		**52**	**1025,5**	**3,1**	**0,084**	**0,23**
Vorm. 5— 7 Uhr	—0,03 (12 Uhr dünne Fäces)	102	1024	5,7	0,111	0,46
- 7— 9 -		84	1025	4,8	0,046	0,65
- 9—11 -		97	1023,5	5,3	0,034	0,91
- 11— 1 -		69	1026	4,2	0,043	0,53
2. Tag						
Nachm. 1—3 Uhr	—0,18	265	1007,5	4,6	0,073	0,51
- 3—5 -		160	1015,5	5,8	0,035	0,72
- 5—7 -		138	1016,5	5,3	0,061	0,83
- 7—9 -		101	1022,5	5,3	0,033	0,54
Nacht 9—11 Uhr	**—0,20**	**555**	**1005**	**6,5**	**0,071**	**0,40**
- 11—1 -		**100**	**1018**	**4,2**	**0,055**	**0,30**
- 1—3 -		**60**	**1025**	**3,8**	**0,087**	**0,27**
- 3—5 -		**56**	**1028**	**3,6**	**0,101**	**0,25**
Vorm. 5— 7 Uhr	+0,04 (8 Uhr feste Fäces)	96	1026	5,8	0,106	0,44
- 7— 9 -		112	1021	5,5	0,033	0,61
- 9—11 -		113	1021	5,5	0,031	0,71
- 11— 1 -		74	1026	4,5	0,026	0,39

3. Tag	Körpergewicht in kg	Urinmenge	Specif. Gewicht	Feste Bestandtheile
Nachm. 1—3 Uhr	+0,58	413	1008	7,7
- 3—5 -	—0,25	139	1017,5	5,7
- 5—7 -	—0,32	123	1021,5	6,2
- 7—9 -	—0,24	91	1026	5,5
Nacht 9—11 Uhr	**+0,54**	**362**	**1009**	**7,6**
- 11—1 -	**—0,41**	**147**	**1023**	**7,9**
- 1—3 -				
- 3—5 -	**—0,06**	**60**	**1029**	**4,1**
Vorm. 5— 7 Uhr	+0,95	150	1023,5	8,2
- 7— 9 -	—0,29	135	1019	6,0
- 9—11 -	—0,20	111	1023	5,9
- 11— 1 -	—0,24	78	1027,5	5,0

4. Tag	Körpergewicht in kg	Urinmenge	Specif. Gewicht	Feste Bestandtheile
Nachm. 1—3 Uhr	+0,73	320	1009	6,7
- 3—5 -	—0,34	121	1019	5,4
- 5—7 -	—0,21	91	1026	5,5
- 7—9 -	—0,28	62	1027	3,9
Nacht 9—11 Uhr	**+0,90**	**124**	**1020**	**5,8**
- 11—1 -	**—0,34**	**83**	**1022**	**4,3**
- 1—3 -	**—0,19**	**48**	**1027,5**	**3,1**
- 3—5 -	**—0,05**	**51**	**1029**	**3,4**
Vorm. 5— 7 Uhr	+0,58	186	1019	8,2
- 7— 9 -		100	1023,5	5,5
- 9—11 -	—0,17	82	1025	4,8
- 11— 1 -	—0,23	70	1026,5	4,3

Störend war hierbei der durchfällige Stuhlgang am 1. Tage, auf den ich schon seit Beginn des Versuchs durch vermehrte Peristaltik vorbereitet war. Am Vormittage hoffte ich ihn durch Ruhelage nach der Mahlzeit vermeiden zu können, doch glückte dies nicht. Aus Vorsicht legte ich mich aber auch am zweiten Nachmittag nach Einnahme der Nahrung noch eine Stunde aufs Sopha.

Vergleicht man auch nur oberflächlich die Tabellen mit einander, so tritt sofort die Ausnahmestellung hervor, in welcher die zweite zu den übrigen steht. Bei jener überwiegt die $\overset{+}{U}$, Cl und SO_3- Ausscheidung bedeutend, während die P_2O_5 eher in diesen höher ist. Die verschiedene Art der Ernährung, dort hauptsächlich mit Schinken, hier hauptsächlich mit Milch, drückt sich darin sehr deutlich aus. Der geringe Stickstoffgehalt auf der ersten Tabelle, verglichen mit den grösseren Harnstoffmengen der 3 letzten Versuche, ist dagegen mehr auf Rechnung der Bestimmungsmethode zu setzen. Ich habe bei vielen Controlversuchen stets durch die *Liebig-Pflüger*'sche Methode höhere und oft nicht unbeträchtlich höhere Werthe (gewöhnlich zwischen 10 und 15 % Unterschied) erhalten als durch die Bestimmung mittelst Bromlauge. Für den Zweck dieser Arbeit kommt es aber darauf nicht an, hier soll nur aus den Differenzen der während des Schlafs und der beim Wachen secernirten Urine festgestellt werden, ob und welchen Einfluss der Schlaf auf diese Dinge hat.

Sehen wir nun zunächst vom 4. Tage von I, von den 4 letzten Tagen von IV und den 2 letzten Tagen von V ab, weil diese von den übrigen abweichende Bedingungen aufweisen, so finden wir an 15 Tagen die Urinmenge Nachts grösser als im Durchschnitt und zwar oft um erhebliche Werthe, nur 3mal (II, 1. und 3. Tag; IV, 3. Tag) um ein Weniges geringer. Das Maximum wird an 9 Tagen Nachts, an 5 Tagen Nachmittags und an 4 Tagen Vormittags erreicht. Im Durchschnitt von allen 18 Tagen beträgt die Menge für die Nacht 610, für den Nachmittag 552 und für den Vormittag 463 ccm.

Gehen wir zu dem specifischen Gewicht, resp. den daraus berechneten festen Bestandtheilen über, so ist es ja klar, dass letztere nur annähernd richtig sein können. Aber auch diese annähernde Richtigkeit findet darin ihre Einschränkung, dass für die verschiedenen Versuche verschiedene Urometer benutzt wurden. Die hohen Summen von III gegenüber IV und V trotz fast gleicher Nahrung erklären sich wohl nur durch eine Abweichung des bei III gebrauchten — leider inzwischen zerbrochenen — Urometers. Da jedoch während desselben Versuches stets dasselbe Instrument angewandt wurde, die etwaigen Fehler sich also gleichmässig vertheilen, und uns hier nicht die absoluten Werthe, sondern die Differenzen interessiren, so können wir von dieser Fehlerquelle absehen. Wir finden nun an 14 Tagen die Summe der festen Bestandtheile Nachts geringer als das Mittel aus den 3 Perioden; an 13 Tagen ist sie überhaupt Nachts am kleinsten, an 3 Tagen fällt das Minimum auf den Nachmittag, an 2 Tagen auf den Vormittag. Im Durchschnitt wurden Vormittags 26,4, Nachmittags 25,9 und Nachts 22,7 feste Bestandtheile ausgeschieden.

Der Säuregrad des Urins ist 13mal Nachts absolut am höchsten und überschreitet an den übrig bleibenden 5 Tagen 2mal wenigstens den mittleren Werth der 3 Tagesperioden. Eigenthümlich ist, dass diese 5 Tage zugleich diejenigen sind, an denen Neigung zu Durchfällen bestand. Ich selbst habe keine Versuche über die Abhängigkeit der Urinreaction von Veränderungen des Stuhlgangs bisher angestellt, und mir sind auch keine einschlägigen Daten aus der Literatur bekannt, jedenfalls lässt sich aber ein Zusammenhang nicht schlechthin von der Hand weisen. Wird bei vermehrter Peristaltik den Chylusgefässen die Aufsaugung des alkali-

schen Darminhalts erschwert, vielleicht auch alkalischer Darmsaft in vermehrter Menge abgesondert, so muss der Säuregrad des Urins steigen. Wird dann während des Schlafes die Peristaltik schwächer, indem Ruhe und verminderte Kohlensäureproduction ihre Wirkung ausüben, so kann der überreichlich vorhandene Darminhalt, falls er das Thor der Freiheit, den Sphincter ani, noch nicht durchschritten hat, jetzt in grösseren Massen resorbirt werden und den physiologisch erhöhten Säuregrad des Nachturins unter das Durchschnittsniveau herabdrücken. Wie abhängig die Urinreaction von den Begebenheiten im Darmkanal ist, wissen wir ja aus der Verminderung der Säuremenge des Harns während der Magenverdauung, d. h. der Absonderung des sauren Magensaftes, was auch aus unseren Tabellen Ib. und Vb. gut ersichtlich ist. — Lassen wir also die 5 — wahrscheinlich durch die Vorgänge im Darm beeinflussten — Tage [II 1, 2, 3[1]) IV 4 und V 1] bei Seite, so haben wir regelmässig Nachts den höchsten Säuregrad, und die saure Reaction entspricht durchschnittlich Nachts 0,341, Nachmittags 0,233 und Vormittags 0,193 Na.

Die Stickstoff- resp. Harnstoffmenge zeigt keine auffallende Beziehung zur Nacht. Die 3 hier in Betracht kommenden Tage von I zeigen Nachts die höchste, Nachmittags die niedrigste N-Ausfuhr. In den anderen Versuchen ist die $\overset{+}{U}$-Menge Nachts am grössten an 5 Tagen (II 2, III 3, 4, IV 2, 4), Nachts am niedrigsten in 3 Tagen (III 6, IV 1, 3). An den übrig bleibenden 5 Tagen ist sie Nachts grösser als das Mittel 3mal, kleiner 1mal und 1mal gleich demselben. Durchschnittlich kommen — abgesehen von I — auf den Vormittag 12,0, auf die Nacht 11,8 und auf den Nachmittag 11,3 $\overset{+}{U}$. Erwähnenswerth ist noch, dass die einzige grosse Erhöhung der nächtlichen $\overset{+}{U}$-Ausfuhr über das Tagesmittel an dem Tage auftritt (IV, 4), wo die mühsam unterdrückte Peristaltik schliesslich doch am Vormittag zu dünnbreiigem Stuhlgang führte. Dies würde für meine oben erwähnte Ansicht, betreffend Urinreaction und Durchfall, sprechen.

---

[1]) Dass bei der Säuretitrirung im Versuch II Lacmuspapier statt des Phenolphthaleins benutzt wurde, kann wohl niedrigere Werthe hervorgebracht, aber nicht das Verhältniss derselben unter einander beeinflusst haben. Hiervon habe ich mich durch Controlversuche überzeugt.

Ueber das Chlor kann ich mich kurz fassen. Mit Ausnahme von I, 1 und II, 2 ist dasselbe im Nachturin stets in geringster Menge vorhanden. Die beiden Ausnahmen erklären sich, wie ein Blick auf die Tabellen lehrt, einfach dadurch, dass der Körper sich noch zu wenig im Chlorgleichgewicht befand. Zur Feststellung des durchschnittlichen Verhältnisses benutze ich Tab. I, 1—3 und IV, 1—4. Tab. II lasse ich wegen der riesigen, durch den — offenbar stark gesalzenen — Schinken bedingten Chlormengen fort, und III und V, 1—2, weil dort das Chlor im Urin direct, also weniger genau, titrirt war. Wir erhalten so für den Vormittag Cl durchschnittlich = 2,28, für den Nachmittag = 2,21 und für die Nacht = 1,44. Am wenigsten ausgesprochen ist die nächtliche Chlorverminderung in IV, 4, wahrscheinlich gleichfalls mit den oben besprochenen Darmverhältnissen zusammenhängend.

Die Schwefelsäuremenge ist Nachts 6 mal am höchsten (I, 3; II, 1, 3; IV, 1, 2, 4), 2 mal am niedrigsten (II, 2, IV, 3). Durchschnittlich beträgt sie Nachts 0,836, Nachmittags 0,835 und Vormittags 0,823. Ein Einfluss des Schlafes auf die SO_3-Ausscheidung ist also nicht erkennbar.

Als schwieriger zu beurtheilen erweist sich die Phosphorsäure. An 9 Tagen ist ihre Menge Nachts am grössten, an 2 weiteren überragt sie wenigstens den Tagesdurchschnitt. Dagegen ist sie auch 2 mal (III, 4 und IV, 3) Nachts am geringsten und erreicht ihre grösste Höhe 4 mal (III, 5 und 6, IV, 3 und 4) am Nachmittage und 3 mal (II, 3; III, 2 und 4) am Vormittage. Im Mittel beläuft sie sich Nachts auf 0,935, Nachmittags auf 0,891 und Vormittags auf 0,873. Es handelt sich also um eine geringe Erhöhung Nachts.

Kalk und Magnesia zeigen Nachts an den 3 Tagen, in denen sie untersucht wurden, übereinstimmend eine erhebliche Vermehrung der Menge.

Dagegen haben Kalium und Natrium Nachts ihre geringste Ausscheidungsgrösse, Kalium hat sein Maximum Nachmittags, Natrium Vormittags.

Nachdem wir so die einzelnen Stoffe durchgegangen sind, kehren wir mit ein paar Worten auf die Summen der festen Bestandtheile zurück. Da zeigt sich denn, dass in I, 2, II, 1, 2 und IV, 4 die nächtliche Vermehrung derselben hauptsächlich be-

dingt ist durch den Harnstoff. I, 1 scheidet aus der Betrachtung aus, weil alle Stoffe noch zu sehr im Zunehmen begriffen sind und daher kein richtiges Bild geben können. Alle anderen Tage zeigen Nachts eine Verminderung der festen Bestandtheile, und diese ist offenbar auf Rechnung der Chloride zu setzen.

Wir haben demnach bei constanter Kost, sonst aber ohne Abweichung von der gewöhnlichen Lebensweise im Mittel gefunden: Die Urinmenge ist Nachts am grössten (c. 12 pCt. über dem Durchschnitt), Vormittags am niedrigsten, die Summe der festen Bestandtheile Nachts am niedrigsten (c. 9 pCt. unter dem Durchschnitt), die Grösse der sauren Reaction Nachts am höchsten (c. 33 pCt. über dem Durchschnitt), Vormittags am niedrigsten; Harnstoff und Schwefelsäure zeigen keine bemerkenswerthen Differenzen; Chlor wird Nachts am wenigsten ausgeschieden (c. 27 pCt. unter dem Durchschnitt), Vormittags unbedeutend mehr als Nachmittags; die Phosphorsäure ist Nachts geringfügig vermehrt (c. 4 pCt. über dem Durchschnitt), Kalk und Magnesia in beträchtlichem Maasse; Kalium und Natrium haben Nachts die geringste Ausscheidungsgrösse.

Betrachten wir nun die beiden Tage, die ich im Bette liegend zubrachte (V, 3 und 4), bei denen also der Einfluss der Stellung und Bewegung möglichst ausgeschaltet, zugleich auch gleichmässige Wärme hergestellt war, so sehen wir für die Nacht Folgendes: Die Urinmenge sinkt Nachts an beiden Tagen unter das Mittel (im Durchschnitt um c. 16 pCt.) und ist am letzten sogar absolut am geringsten, ebenso sind Harnstoff und Schwefelsäure etwas (um je c. 6 pCt. unter dem Mittel), Chlor (c. 36 pCt.), Kalium (c. 38 pCt.) und Natrium (c. 43 pCt.) bedeutend gegen die beiden durchwachten Perioden vermindert. Vermehrt ist dagegen Nachts die saure Reaction erheblich (um c. 31 pCt.). Den geringsten Unterschied aber zwischen Schlaf und Wachen zeigen die Phosphorsäure (Nachts um 1 pCt. vermehrt), Kalk und Magnesia. Die Summe der festen Bestandtheile ist Nachts vermindert (um c. 19 pCt.).

Hiernach hätten wir von den bei constanter Kost gefundenen Werthen Manches auf Rechnung der aufrechten Stellung, der Bewegungen etc. zu setzen. So namentlich die nächtliche Ver-

mehrung der Urinmenge. Letztere sinkt im Gegentheil Nachts nach Ausschaltung jener Factoren (also entsprechend den *Quincke*'schen Angaben), und wohl von ihr abhängig, sinkt auch der Harnstoff. Ob man auch das Sinken der Salze von der verminderten Harnmenge ableiten soll, sei dahingestellt. Die Grösse der Differenz zeigt am anschaulichsten folgende Zusammenstellung:

Im Nachturin sind gegen den Durchschnitt aus allen drei Tagesperioden vermehrt resp. vermindert

	Urinmenge	Feste Best.	S. React.	$\overset{+}{U}$	Cl	SO_3	P_2O_5
	%	%	%	%	%	%	%
bei Umhergehen tagüber um	+12	— 9	+33	∓0	−27	±0	+4
bei ruhiger Bettlage um	−16	−19	+31	−6	−36	−6	+1
Die 2. Reihe von der 1. subtrahirt giebt:	+28	+10	+ 2	+6	+ 9	+6	+3

Um diese letzten Zahlen würden also hauptsächlich die aufrechte Stellung und die Körperbewegungen am Tage die Werthe des Nachturins verhältnissmässig erhöhen.

Hiernach bliebe als Wirkung des Schlafs an sich nur eine mässige Verminderung der Urinmenge und der festen Bestandtheile, eine geringe Verminderung des Harnstoffs und der Schwefelsäure, eine bedeutende Verminderung des Chlors, des Kaliums und des Natriums, sowie eine beträchtliche Erhöhung der sauren Reaction übrig.

Schwieriger zu deuten sind die Befunde an den Tagen, wo der Schlaf in eine ungewohnte Tageszeit verlegt wurde (IV, 5—8). Die Urinmenge zeigt sich hier stets in der Schlafzeit am höchsten, ebenso der Harnstoff, die Schwefelsäure und die Phosphorsäure, während das Chlor sich umgekehrt verhält. Die saure Reaction hat ihr Maximum zweimal Nachts, einmal Vormittags und einmal Nachmittags, aber niemals während des Schlafes. Kurz, es scheinen alle Verhältnisse, etwa die Urinmenge und das Chlor ausgenommen, den bisher gefundenen zu widersprechen.

Um zu versuchen, etwas Klarheit hineinzubringen, lasse ich nun die Durchschnittszahlen für die 9 durchwachten Perioden folgen, sodann die Werthe der zweiten (nach 16 Stunden eingetretenen) Schlafzeit und endlich in der dritten Reihe das Mittel aus den zwei nach 24stündigem Wachen durchschlafenen Perioden:

	Urin-menge	Feste Best.	Saure R. in Na	+ U	Cl	SO_3	P_2O_5
Durchwachte Periode durchschnittlich:	282	19,5	0,309	11,9	1,51	0,804	0,939
Schlafperiode nach 16 St. Wachen:	612	17,1	0,253	13,7	1,59	0,809	1,022
Schlafperiode nach 24 St. Wachen durchschnittlich:	409	22,3	0,310	14,4	1,03	0,894	1,252

Wir sehen hieraus, dass die Vermehrung der festen Bestandtheile und der Schwefelsäure nur dem nach abnorm langem Wachen erfolgten Schlafe entspricht, während beide Werthe der zweiten Zeile unseren früher gewonnenen Anschauungen entsprechen. Ebenso ist die abnorme Steigerung in der Phosphorsäureausscheidung besonders dem nach 24 Stunden eingetretenen Schlafe eigen, während der nach gewöhnlicher Zeit kommende Schlaf wohl auch viel P_2O_5 enthält, doch nicht mehr, als in manchen achtstündigen Perioden der ersten vier Tage erhalten wurde. Die 13,7 Harnstoff der zweiten Schlafzeit möchte ich vorwiegend der grossen Wasserausscheidung zuschreiben, während dieser Grund für die erste und dritte Schlafzeit (3. Reihe) nicht angeführt werden kann. Wir müssen demnach für den nach 24 Stunden auftretenden Schlaf eine Steigerung der $\overset{+}{U}$-Ausscheidung annehmen, die zugleich die Summe der festen Bestandtheile namhaft erhöht.

Eine eigenthümliche Stellung nehmen die Chloride und die saure Reaction ein, also die Grössen, die wir während des nächtlichen Schlafes am meisten verändert fanden. In ihren Werthen kann man nur den Ausdruck des Streites sehen, der hier zwischen Nacht und Schlaf sich erhebt. Die Nacht bleibt ihrer Neigung treu, die Chloride zu vermindern und die Säure zu erhöhen, die gleiche Neigung zeigt aber auch der Schlaf. Wir hatten früher gefunden, dass die Steigerung der sauren Reaction in der Nacht durchschnittlich 33 pCt. über das Mittel der drei Tagesperioden betrug; die Verminderung Vormittags, auf die gleiche Weise berechnet, ergiebt 25 pCt. Wir hatten demnach beispielsweise in der Nacht des fünften Tages, falls sie durchschlafen wäre, zu erwarten: 0,461 S und für den Vormittag 0,261 S. Statt dessen haben wir in der durchwachten Nacht 0,371 S und im durchschlafenen Vormittag 0,332 S. Dasselbe gilt für die Chloride. Nur der achte

Tag zeigt in Folge der aufgetretenen Neigung zum Durchfall die hierfür als charakteristisch bezeichnete Aenderung der Reaction.

Dass also hier die sonst für den Schlafurin charakteristischen Aenderungen sich auf die Schlafzeit und auf die Nacht vertheilen und dadurch zunächst sonderbar erscheinende Werthe hervorbringen, wird verständlicher, wenn wir uns erinnern, dass während dieser Tage der Schlaf kein gleichmässiger und so fester war wie sonst, ferner, dass ich Nachts meist ruhig sass und auch geistig mich keineswegs anstrengte.

Kalk und Magnesia zeigen sich von der Verlegung des Schlafes durchaus nicht beeinflusst. Es entspricht dies ihrem Verhalten in V.

Aenderungen sind aber allerdings gegeben für den erst nach 24 Stunden zugelassenen Schlaf. Dieselben bestehen, falls man aus den zwei Beispielen Schlüsse ziehen darf, in einer erheblichen Zunahme des Harnstoffs, der Sulphate und Phosphate und in einer beträchtlichen Abnahme der Chloride.

Versuchen wir jetzt an der Hand von Tab. Ib und Vb uns etwas über den zeitlichen Ablauf der Urinausscheidung während einer Periode zu unterrichten, so müssen wir uns hauptsächlich an Vb halten, weil ich über den Schlaf während des ersten Versuchs keine Angaben habe. Alle zwei Stunden von der Weckuhr geweckt, muss man sehr müde sein, um rasch wieder einzuschlafen. Mir ist von einer damals hervorgetretenen besonderen Müdigkeit nichts im Gedächtniss geblieben, dagegen weiss ich von den drei letzten Versuchen genau, dass ich stets ungewöhnlich müde war und auch bei Tage oft mich zusammennehmen musste, um nicht einzuschlafen. Ich kam immer wieder auf den Gedanken, dass dies mit der grossen Menge der genossenen Milch zusammenhängen möge, die ja nach *Preyer* in grossen Dosen auch als Hypnoticum wirken soll. Konnte diese Müdigkeit nun andauernden Schlaf bei Tage auch nicht zur Genüge herbeiführen, so reichte sie doch vollkommen aus, ihn Nachts trotz häufigen Weckens sehr bald aufs Neue eintreten zu lassen.

In der Tab. Vb zeigt sich zunächst deutlich die Beschleunigung der Urinausscheidung während des Liegens. In den Nächten des ersten und zweiten Tages, sowie in allen Perioden des dritten

und vierten Tages fällt das Maximum der Secretion in die ersten beiden Stunden nach der Nahrungsaufnahme. Ebenso, wenn auch minder deutlich, am Vormittag des ersten und am Nachmittag des zweiten Tages, und gerade in diesen beiden Perioden blieb ich, wie oben erwähnt, aus Furcht vor Durchfall nach dem Essen in ruhiger Lage auf dem Sopha. Sonst fällt die Höhe der Urinsecretion, wie meist auch in Tab. Ib, auf die dritte und vierte Stunde. Ferner zeigt sich die bekannte Abhängigkeit der Säure des Urins von der Magenverdauung: erstere fällt regelmässig in der dritten bis vierten Stunde nach der Mahlzeit und erreicht in dieser oder in den nächsten zwei Stunden ihren tiefsten Punkt. Wichtig erscheint mir ferner, dass in den Tagesperioden die Höhe der Säureabgabe in die ersten zwei Stunden, während des Schlafes dagegen in die letzten zwei Stunden, also nach der Verdauungsverminderung fällt. Weiter möchte ich aufmerksam machen auf den Verlauf der Cl-Ausscheidung während des ersten und zweiten Tages der Tab. Vb. Während des Wachens steigt die Cl-Curve bis zur fünften bis sechsten Stunde nach der Nahrungsaufnahme, um dann abzusinken; in der Nacht fällt sie continuirlich. Auf der Tab. Ib ist die Höhe der Cl-Ausscheidung an beiden Nachmittagen bereits in der dritten bis vierten Stunde erreicht, und die Curve gestaltet sich Nachts ganz abweichend, doch kann ich bei dem Mangel darauf bezüglicher Notizen nicht sagen, ob etwa häufiges Aufwachen und Wachbleiben etc. darauf Einfluss gehabt haben mag.

Aus den Körperwägungen geht nur der Schluss hervor, dass die Aenderungen des Gewichts nichts mit dem Schlaf und Wachen zu thun haben, sondern hauptsächlich abhängig sind von der Grösse der Urin- und Fäcalausscheidung. Erwähnenswerth ist sonst nur, dass am dritten und vierten Tage von V, die liegend zugebracht wurden, in den beiden letzten Stunden des Schlafes das Sinken des Körpergewichts nur der Urinausscheidung entsprach, während es sonst stets viel grösser ist. Es lässt dies nur die eine Erklärung zu, dass in jenen Stunden weniger Kohlensäure ausgeschieden, als Sauerstoff eingenommen wurde, da die Wasserabgabe durch Haut und Lunge doch nicht sistirt haben kann.

Lassen sich nun die hier gewonnenen Resultate nach den bisherigen Theorien erklären?

Es handelt sich hauptsächlich um die bedeutendste und am meisten gestützte Theorie, die von ***Zülzer***. Lassen wir also unsere Ergebnisse in der von diesem Forscher angegebenen Art der Gruppirung, in den auf den Stickstoff bezogenen relativen Werthen der einzelnen Stoffe, noch einmal an uns vorüberziehen:

Tab. Ic.

1881	N	rel. Cl	rel. SO_3	rel. P_2O_5
Nachm. 3—11 Uhr	2,01	50,7	31,1	35,6
Nacht 11—7 Uhr	**2,86**	**48,2**	**25,1**	**25,9**
Vorm. 7—3 Uhr	2,76	80,4	31,8	22,4
1. Tag:	7,63	62,8	29,2	27,2
Nachm. 3—11 Uhr	3,17	65,6	25,7	23,6
Nacht 11—7 Uhr	**3,93**	**47,0**	**23,0**	**26,8**
Vorm. 7—3 Uhr	3,28	73,0	24,4	21,5
2. Tag:	10,38	61,1	24,4	24,1

1881	N	rel. Cl	rel. P_2O_5
Nachm. 3—11 Uhr	3,65	46,6	25,6
Nacht 11—7 Uhr	**4,12**	**36,4**	**25,6**
Vorm. 7—3 Uhr	3,79	59,8	19,8
3. Tag:	11,56	47,3	23,7
Nachm. 3—11 Uhr	4,08	41,2	26,4
Nacht 11—7 Uhr	4,71	48,0	22,4
Vorm. 7—3 Uhr	3,73	57,1	19,7
4. Tag:	12,52	48,5	22,9

Tab. Id.

3. Tag	N	rel. Cl	rel. P_2O_5
Nachm. 3— 5 Uhr	1,11	38,7	21,7
- 5— 7 -	1,11	47,8	21,6
- 7— 9 -	0,74	56,8	29,0
- 9—11 -	0,69	46,4	34,4
Nacht 11—1 Uhr	**1,06**	**30,2**	**28,5**
- 1—3 -	**1,09**	**37,6**	**18,9**
- 3—5 -	**0,98**	**31,6**	**23,4**
- 5—7 -	**0,99**	**46,5**	**32,1**
Vorm. 7—11 Uhr	2,29	54,1	18,0
- 11— 1 -	0,80	90,4	22,0
- 1— 3 -	0,70	40,0	23,6

4. Tag	N	rel. Cl	rel. P_2O_5
Nachm. 3— 5 Uhr	1,10	31,8	29,6
- 5— 7 -	1,31	35,9	22,5
- 7— 9 -	0,85	49,9	26,0
- 9—11 -	0,82	53,7	28,8
Nacht 11— 1 -	1,17	35,7	24,2
- 1— 3 -	1,36	40,4	17,0
- 3— 5 -	1,17	52,1	19,7
- 5— 7 -	**1,01**	**67,1**	**30,7**
Vorm. 7— 9 -	1,03	56,3	25,4
- 9—11 -	0,96	52,1	15,0
- 11— 1 -	0,98	62,2	16,3
- 1— 3 -	0,76	57,1	22,4

Tab. IIb.

1883	N	rel. Cl	rel. SO_3	rel. P_2O_5
Nachm. 2—10 Uhr	5,8	—	15,5	14,4
Nacht 10—6 Uhr	**6,8**	**86,1**	**15,6**	**13,7**
Vorm. 6—2 Uhr	7,2	100,6	13,8	12,3
1. Tag:	19,8	—	15,0	13,4

1883	N	rel. Cl	rel. SO_3	rel. P_2O_5
Nachm. 2—10 Uhr	6,7	123,4	15,8	12,6
Nacht 10—6 Uhr	**7,0**	**121,7**	**14,2**	**12,3**
Vorm. 6—2 Uhr	6,8	144,7	15,3	12,3
2. Tag:	20,5	130,0	15,1	12,4

1883	N	rel. Cl.	rel. SO_3	rel. P_2O_5	rel. CaO
Nachm. 2—10 Uhr	6,6	128,3	16,6	12,1	0,9
Nacht 10—6 Uhr	**7,4**	**99,3**	**15,1**	**11,5**	**1,1**
Vorm. 6—2 Uhr	7,6	121,6	14,1	11,8	0,9
3. Tag:	21,6	115,7	15,2	11,8	1,0

Tab. IIIb.

März 1889	N	rel. Cl	rel. SO_3	rel. P_2O_5
Nachm. 3—11 Uhr	4,1	62,2	—	17,1
Nacht 11—7 Uhr	**4,6**	**25,9**	—	**20,1**
Vorm. 7—3 Uhr	5,4	72,7	—	15,7
1. Tag:	14,1	54,4	—	17,6
Nachm. 3—11 Uhr	5,1	60,2	16,1	14,0
Nacht 11—7 Uhr	**5,3**	**23,8**	**15,2**	**15,3**
Vorm. 7—3 Uhr	5,3	62,1	14,5	17,6
2. Tag:	15,7	48,5	15,2	15,7

März 1889	N	rel. Cl	rel. SO_3	rel. P_2O_5
Nachm. 3—11 Uhr	4,8	44,4	17,3	20,0
Nacht 11—7 Uhr	**5,3**	**17,8**	**15,9**	**18,5**
Vorm. 7—3 Uhr	4,8	43,2	15,9	20,2
3. Tag:	14,9	34,6	16,4	19,6
Nachm. 3—11 Uhr	5,4	35,4	15,2	18,6
Nacht 11—7 Uhr	**5,5**	**14,7**	**14,1**	**17,6**
Vorm. 7—3 Uhr	5,4	39,6	13,7	19,5
4. Tag:	16,3	30,0	14,4	18,7

März 1889	N	rel. Cl	rel. SO_3	rel. P_2O_5	rel. CaO	rel. MgO	rel. K	rel. Na
Nachm. 3—11 Uhr	5,1	33,4	16,0	21,0	2,1	0,7	—	—
Nacht 11—7 Uhr	**5,2**	**13,8**	**14,5**	**19,2**	**2,8**	**1,4**	**11,7**	**7,0**
Vorm. 7—3 Uhr	5,4	35,3	14,1	17,5	1,8	0,6	28,3	15,9
5. Tag:	15,7	27,5	14,8	19,2	2,2	0,9	—	—
Nachm. 3—11 Uhr	5,2	37,0	14,8	18,6	—	—	18,9	24,9
Nacht 11—7 Uhr	**5,0**	**21,4**	**14,7**	**18,9**	—	—	**14,5**	**8,9**
Vorm. 7—3 Uhr	5,1	46,1	14,1	18,6	—	—	32,3	21,7
6. Tag:	15,3	35,1	14,6	18,7	—	—	22,9	18,7

Tab. IVb.

Mai 1889	N	rel. Cl	rel. SO_3	rel. P_2O_5	rel. CaO	rel. MgO
Nachm. 1—9 Uhr	4,3	102,6	15,5	17,9	2,5	1,4
Nacht 9—5 Uhr	**4,1**	**48,2**	**16,4**	**19,8**	**4,5**	**2,5**
Vorm. 5—1 Uhr	4,7	80,8	14,8	16,1	3,3	1,1
1. Tag:	13,1	77,8	15,5	17,8	3,4	1,6

Mai 1889	N	rel. Cl	rel. SO_3	rel. P_2O_5
Nachm. 1—9 Uhr	4,6	57,5	16,9	19,6
Nacht 9—5 Uhr	**5,1**	**26,5**	**16,1**	**20,2**
Vorm. 5—1 Uhr	4,9	45,8	15,5	18,9
2. Tag:	14,6	42,7	16,1	19,6
Nachm. 1—9 Uhr	5,3	32,6	16,2	20,7
Nacht 9—5 Uhr	**4,3**	**15,3**	**14,5**	**19,8**
Vorm. 5—1 Uhr	5,3	29,4	14,7	19,3
3. Tag:	14,9	26,4	15,2	19,9

Mai 1889	N	rel. Cl	rel. SO_3	rel. P_2O_5
Nachm. 1—9 Uhr	5,4	31,2	15,2	21,3
Nacht 9—5 Uhr	**6,1**	**22,5**	**14,1**	**18,8**
Vorm. 5—1 Uhr	5,0	29,9	15,0	17,5
4. Tag:	16,5	27,6	14,7	19,2
Nachm. 1—9 Uhr	5,1	23,2	16,6	18,4
Nacht 9—5 Uhr	5,9	22,4	14,8	16,9
Vorm. 5—1 Uhr	**7,1**	**15,8**	**12,8**	**17,0**
5. Tag:	18,1	20,0	14,5	17,3

Mai 1889	N	rel. Cl	rel. SO_3	rel. P_2O_5	rel. CaO	rel. MgO	rel. K	rel. Na
Nachm. 1—9 Uhr	5,8	30,8	13,4	16,9	2,6	0,5	—	—
Nacht 9—5 Uhr	5,2	30,5	15,1	16,6	3,1	0,9	—	—
Vorm. 5—1 Uhr	**6,4**	**24,9**	**12,6**	**16,0**	**2,7**	**0,7**	—	—
6. Tag:	17,4	28,5	13,6	16,5	2,8	0,7	—	—
Nachm. 1—9 Uhr	5,3	33,8	13,6	14,4	2,0	0,5	—	—
Nacht 9—5 Uhr	5,5	27,7	14,5	15,6	2,3	0,6	—	—
Vorm. 5—1 Uhr	6,3	27,1	14,4	16,3	1,8	0,5	15,9	25,0
7. Tag:	17,1	29,4	14,2	15,5	2,0	0,5	—	—
Vorm. 5 1 Uhr	**6,4**	**15,0**	**13,9**	**20,1**	**1,6**	**0,5**	**16,6**	**14,1**
Nacht 9—5 Uhr	5,2	24,6	14,1	17,4	2,6	0,8	17,8	10,4
Vorm. 5—1 Uhr	5,9	23,9	13,6	19,1	2,0	0,5	28,4	10,4
8. Tag:	17,5	20,9	13,9	18,9	2,0	0,6	21,0	11,8

Tab. Vc.

Juni 1889	N	rel. Cl	rel. SO_3	rel. P_2O_5	rel. CaO	rel. MgO	rel. K	rel. Na
Nachm. 1—9 Uhr	5,4	40,7	15,7	21,4	—	—	25,4	30,2
Nacht 9—5 Uhr	**5,3**	**21,5**	**14,0**	**20,5**	—	—	**15,0**	**12,3**
Vorm. 5—1 Uhr	5,7	36,1	14,0	17,8	—	—	28,5	19,6
3. Tag:	16,4	32,8	14,6	19,9	—	—	23,1	20,7
Nachm. 1—9 Uhr	5,5	32,2	13,7	19,0	2,6	0,5	24,2	18,1
Nacht 9—5 Uhr	**4,7**	**19,3**	**15,1**	**21,7**	**3,0**	**0,7**	**14,9**	**8,8**
Vorm. 5—1 Uhr	5,6	28,5	14,7	17,0	2,7	0,6	25,5	14,4
4. Tag:	15,8	27,0	14,5	19,1	2,8	0,6	21,9	14,0

Zunächst lenkt natürlich die Phosphorsäure unsere Aufmerksamkeit auf sich. In den 16 Tagen, die bei constanter Kost, sonst aber gewöhnlicher Lebensweise verliefen, überschreitet die rel. P_2O_5 Nachts das Mittel aus den drei Tagesperioden 7 mal, erreicht es 1 mal und bleibt 8 mal dahinter zurück. Es zeigt sich also ein besonderer Einfluss des Schlafes nicht. Anders freilich ist das Bild, wenn man, wie *Zülzer* dies in seinen Versuchen thut, nur die Nacht und den Vormittag in Betracht zieht. Dann finden wir die relative Phosphorsäure 11 mal Nachts grösser und nur 4 mal geringer als Vormittags, einmal ist sie in beiden Perioden gleich. Aber abgesehen davon, dass wir hier, falls jene Ansicht auf Wahrheit beruhte, ein reineres und eindeutiges Resultat erwarten dürften, so fällt bei unseren Versuchen auch der Grund fort, der *Zülzer* veranlasste den Nachmittag auszuschalten. Er that dies, um den Einfluss des Mittagsmahls zu beseitigen; bei uns ist dieser Einfluss gewiss beseitigt: ich kann bei meinen Mahlzeiten als sicher hinstellen, dass Milch, Arrac und Butter durchaus für denselben Tag übereinstimmten, und auch für das Weissbrot, das ebenfalls vom selben Vorrath für die drei Perioden zugleich abgewogen wurde, liegt kein Grund vor, eine Verschiedenheit anzunehmen. Wir dürfen also, wenn wir den Schlaf dem Wachen gegenüber stellen wollen, den Nachmittag nicht aus der Betrachtung entfernen, wenn wir nicht einen Fehler begehen wollen.

Nun aber kommen wir zum fünften Versuch und sehen da in der That nicht nur ein den *Zülzer*'schen Angaben entsprechendes Ueberwiegen der relativen Phosphorsäure im Nachturin über die des Vormittagurins, sondern auch ein Hinausgehen der nächtlichen relativen P_2O_5 über den Durchschnitt aus den drei Tagesperioden um 3, resp. 14 pCt. Dies wird fast ganz durch die nächtliche Verminderung der Stickstoffausfuhr und nur in ganz geringem Maasse durch die unbedeutende Erhöhung der P_2O_5 bewirkt.

In der zweiten Hälfte der Tab. IV tritt einmal und zwar am achten Tage im durchschlafenen Nachmittage eine Erhöhung der relativen P_2O_5 hervor, doch nur in solchem Grade, wie ihn auch andere durchwachte Nachmittage derselben Tabelle zeigen. An den beiden durchschlafenen Vormittagen bleibt die relative P_2O_5 unter dem Mittel der drei Tagesperioden.

Die relative Schwefelsäure zeigt an den 14 Tagen der

gewöhnlichen Lebensweise in neun Nächten einen tieferen Stand als den Durchschnitt, in zwei denselben und in drei einen höheren. Doch sind die Unterschiede zu unbedeutend, um ins Gewicht zu fallen.

An den beiden im Bett verbrachten Tagen ist einmal Nachts eine unbedeutende Verringerung, das andere Mal eine gleich unbedeutende Erhöhung der relativen Schwefelsäure vorhanden.

Während des Schlafs zu ungewohnter Zeit ist zweimal die relative SO_3 ungewöhnlich niedrig, das dritte Mal entspricht sie dem Durchschnitt. Jenes ist hauptsächlich bewirkt durch den hohen Stickstoffgehalt an den beiden ersten durchschlafenen Tageszeiten.

Für das Chlor ergiebt die Betrachtung der relativen Werthe keine neuen Gesichtspunkte. Höchstens tritt seine Verringerung während des Schlafes noch deutlicher hervor.

Auch für Kalk, Magnesia, Kalium und Natrium ist Neues hier nicht zu finden.

Eine Stütze für die von *Zülzer* gegebene Deutung der von ihm stets gefundenen Vermehrung des relativen P_2O_5 während des Schlafs vermochte ich also in meinen Zahlen nicht zu erkennen. Nur sehr gezwungen würde sich gegenüber den anderen Befunden Tab. Vc dafür verwerthen lassen.

Nun hat aber *Zülzer*, der die Grösse der relativen P_2O_5 sich nach den Excitations- resp. Depressionszuständen des Nervensystems richten lässt, bei diesen ausser der Vermehrung der relativen P_2O_5 im Allgemeinen auch eine Vermehrung des relativen Kalks und des Chlornatriums, dagegen eine Verringerung des Chlorkaliums gefunden. Wir haben gefunden, dass die nächtliche Vermehrung des Kalks nicht mit dem Schlaf zusammenhängt, dass sowohl Chlor als Natrium während des Schlafes absolut und relativ vermindert sind. Unser Urtheil muss also dahin ausfallen, dass die *Zülzer*'sche Hypothese, so schön sie ist, für den Schlaf nicht zu Rechte besteht.

Die Thatsache, von welcher *Zülzer* ausgeht, und die auch ich bei inconstanter Nahrung häufig im eigenen Urin bestätigen konnte, dass nämlich meist der Nachturin einen höheren relativen Werth der P_2O_5 aufweist, als der Vormittagsurin, muss also anders

gedeutet werden und ist wahrscheinlich abhängig von der Nahrung, da dies in meinen ersten Versuchen das einzige Moment war, welches abgeändert wurde.

Wie ist es nun aber zu erklären, dass auch *Mendel*, der doch bei wenigstens einigermaassen constanter Nahrung untersuchte, zu ähnlichem Schlusse kam wie *Zülzer*? Ich glaube, sehr einfach dadurch, dass er die Phosphorsäure nicht in Verhältniss zum Stickstoff, sondern zu den „festen Bestandtheilen" brachte. Letztere sind ja auch in meinen Tabellen fast stets Nachts geringer als am Tage und zwar deshalb, weil die Chloride Nachts eine so bedeutende Verminderung zeigen. Wir können also jetzt die Beobachtungen *Mendel*'s ergänzend sagen: es ist richtig, dass das Verhältniss der Phosphorsäure zu den festen Bestandtheilen des Urins im Schlafe ein höheres wird als im Wachen, aber es ist dies nicht Schuld der Phosphorsäure, sondern der Chloride.

Dagegen sprechen die Resultate meiner Versuche eher für diejenigen Anschauungen, welche dem Schlafe die Function zuweisen, die während des Wachens gebildeten Ermüdungsstoffe hinwegzuschaffen. Da die Ermüdungsstoffe oder ihre Zersetzungsproducte nach unseren jetzigen Kenntnissen sauer reagiren, so möchte ich in der That die während des Schlafs gesteigerte Säurereaction des Harns für diese hauptsächlich von *Preyer* vertretene Ansicht heranziehen. Wohl könnte man nach den Versuchen von *Burschinsky*[1]), der den Säuregehalt des Magensaftes nach einer Mahlzeit von Hühnereiweiss während der Nacht geringer fand als am Tage, daran denken, hierauf die Säuresteigerung im Urin zu beziehen. Aber die geringen kaum merklichen Schwankungen der Harnstoffausscheidung deuten doch darauf hin, dass eine bedeutende, die Verdauung herabdrückende Säureminderung im Magen Nachts nicht stattfinden kann, und die Steigerung der sauren Reaction im Urin ist viel zu gross, um durch ein geringes Sinken der Magensäure bewirkt zu werden. Wie sollte ferner sich erklären, dass der Vormittagsurin im Allgemeinen weniger Säure enthält als der des Nachmittags? Die Beziehung zur

[1]) *Burschinsky*, Zur Frage nach den Säureschwankungen während des Schlafs und im Wachen. Wratsch 1887 (nach der Deutsch. med. Wochenschrift 1888, No. 20).

Magensäureausscheidung versagt hier offenbar. Dagegen ist es einleuchtend, dass nach Wegschaffung der Ermüdungsstoffe zunächst sich erst neue bilden müssen, die dann am Nachmittage schon eine gewisse Höhe erreicht haben, vollständig jedoch erst Nachts beseitigt werden.

Leiten wir also die nächtliche Säuresteigerung im Urin von den Ermüdungsstoffen ab, so scheint mir hervorzugehen, dass dieselben nicht sofort weggeschwemmt, sondern erst allmählich zu Säure oxydirt und dann beseitigt werden. Denn in den letzten zwei Stunden der Nacht erreicht die Säure ihr Maximum, während bei Tage dies in den ersten zwei Stunden der Fall ist[1]). Mit dieser Folgerung können wir nun auch besser die Säureschwankungen in Tab. IV, 5—8 begreifen. Wir hatten oben gefunden, dass sich die sonst auf die Nacht vereinte Säuremenge hier auf die Nacht und die durchschlafene Tagesperiode vertheilt. Die Ermüdungsstoffe gehen eben, sobald sie in gewisser Menge sich angesammelt haben, auch schon beim Wachen zum kleinen Theil in den Kreislauf über, wie die höhere Säure des Nachmittagsurins zeigt. Um so mehr wird dies der Fall sein, wenn sie durch längeres Wachen noch mehr sich häufen, und zugleich, wie dies in den durchwachten Nächten durch mein ruhiges Sitzen und die geringe Anspannung der geistigen Thätigkeit der Fall war, der Sauerstoff Musse findet zur weiteren Oxydation der gebildeten Stoffe. Zudem war der Schlaf in den Tagesstunden nicht so gut wie sonst und gerade in seiner letzten Hälfte nicht so gut. Kein Wunder, wenn die Oxydation und Ausscheidung auch während des Schlafes noch nicht ganz beendet wurde und theilweise statt in das Ende des Schlafes in den Beginn des Wachens fiel. Wenigstens kann ich mir nur so die merkwürdige Thatsache erklären, dass nach beiden Schlafperioden, die auf verlängertes Wachen folgten, die Säureausscheidung in den darauf folgenden Zeiten besonders hoch war.

Ich habe mich mit diesen Ausführungen schon so in das Gebiet der Hypothese begeben, dass es auf ein wenig mehr kaum noch ankommt. Wir haben neben dem Steigen der Säure als für

[1]) Vielleicht nicht zufällig konnte ich in den beiden letzten Nachtstunden in V 3 und 4 ein Ueberwiegen der Sauerstoffaufnahme über die Kohlensäureabgabe wahrscheinlich machen (cf. oben S. 308).

den Schlaf charakteristisch gefunden ein bedeutendes Sinken der Chloride und ein geringes des Harnstoffs und der Schwefelsäure. Dass dies nicht von einer mangelhaften Resorption im Darm herrühren kann, ist wohl ausgemacht. Warum sollte wohl auch dieser die leicht diffundirenden Chloride Nachts beharrlich zurückweisen, während er die Phosphorsäure wie sonst aufnimmt und auch Schwefelsäure und das schwierigere Eiweiss reichlich bewältigt? Dann aber bleibt nur die Annahme übrig, dass der Körper sich Nachts mit jenen Stoffen sättigt, dass sie für den Stoffwechsel des Tages und für dessen vermehrte Ansprüche gewissermaassen als Vorrath aufgespeichert werden. Bei Tage werden sie dann verbraucht und erscheinen im Urin, vielleicht je nach der Thätigkeit des Organismus Vor- oder Nachmittags reichlicher. Und zwar trennt sich das Chlornatrium, wie ja bekannt ist, schwerer vom Serum als das Chlorkalium, so dass die Nachmittags erfolgende stärkere Ausscheidung des Natriums gegenüber der Vormittags erreichten Höhe der Kaliumausfuhr erklärlicher wird.

Aber alle Ersparnisse gehen einmal zu Ende. Wird über die gewöhnliche Zeit hinausgewacht, so wird auch die Organsubstanz selbst angegriffen. So erkläre ich mir wenigstens die gesteigerte Ausscheidung von Harnstoff, Schwefelsäure und Phosphorsäure in der zweiten Hälfte von IV. Der beliebte Vergleich mit der Maschine liegt nahe. Ist das Maschinenöl verbraucht und findet trotzdem weitere Arbeitsleistung statt, so fehlt den Maschinentheilen der Schutz, und sie selbst nutzen sich ab.

Doch genug der Hypothesen! Wie Jeder, der eine aufstellt, bin ich natürlich der Ueberzeugung, dass die meinige die beste ist. Sie stützt sich auf die Befunde meiner Arbeit und hat den Vorzug vor der *Zülzer*'s, dass sie — selbstverständlich zunächst für mich — plausibler ist. Denn dass die geistige Thätigkeit schon beim gewöhnlichen Wechsel von Wachen und Schlaf mit einer Zerstörung der Nervensubstanz selbst in so hohem Grade verbunden sein sollte, dass sich dies im Urin so auffällig bemerkbar machte, leuchtet mir wenigstens viel weniger ein, als dass nur die Ermüdungsstoffe resp. ihre Zerfallsproducte sich während des Schlafes in der vermehrten Säure des Urins zur Erscheinung bringen, und dass gleichzeitig Vorrath angesammelt wird für neue Leistungen des folgenden Tages. Von der Muskelarbeit wissen wir, endgültig

wohl durch die Dissertation von *Oppenheim*[1]), dass das Eiweiss davon unbehelligt bleibt, und dass andere Umstände, in diesem Falle die eventuell auftretende Dyspnoe, manchem früheren Beobachter hierbei einen Eiweissverbrauch, also einen Organzerfall, nur vorgetäuscht haben. Durch meine Arbeit scheint es mir nun wenigstens wahrscheinlich gemacht, dass die Nervensubstanz sich hierin bei dem gewöhnlichen Wechsel zwischen Ruhe und Thätigkeit dem Muskelgewebe analog verhält. Thätigkeit bewirkt unter gewöhnlichen Umständen Stoffwechsel, aber keinen Organzerfall.

Um nach diesen Ausflügen in das Reich der Theorie wieder realen Boden zu erreichen, fasse ich zum Schlusse die wesentlichsten directen Folgerungen noch einmal zusammen, die sich mir aus meinen Befunden ergeben:

1. Vom Schlaf abhängig resp. mit ihm verbunden ist eine Abnahme der Urinmenge und der festen Bestandtheile, hauptsächlich der Chloride, in sehr geringem Maasse wohl auch des Harnstoffes und der Schwefelsäure, dagegen eine bedeutende Zunahme der sauren Reaction.

2. Ruhige Bettlage bewirkt eine Steigerung der Urinmenge und — vielleicht damit zusammenhängend — eine geringe Erhöhung der Werthe von Harnstoff, Schwefelsäure, Phosphorsäure, Chlor.

3. Die Phosphorsäure-, Kalk- und Magnesia-Ausfuhr scheint vom Schlafe nicht beeinflusst zu werden.

[1]) Beiträge zur Phys. u. Path. der Harnstoffausscheidung. Bonn 1881.

Corr. S. 298 ist in der vorletzten Zeile statt 71,56 zu lesen 71,96.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

65. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. März 1889.

Anwesend die Herren: *H. Bauer*-Charlottenburg, *Benno*-Karlsfeld, *Bothe*-Dalldorf, *Edel*-Charlottenburg, *Giggiberger*-Eberswalde, *Guttstadt*-Berlin, *C. Heimann*-Charlottenburg, *Kahlbaum*-Görlitz, *Knecht*-Ueckermünde, *Laehr* sen. u. jun.-Schweizerhof, *Lehmann*-Sonnenstein, *Liebe*-Schweizerhof, *Mendel*-Berlin, *Müller*-Blankenburg i. H., *Neuendorf*-Bernburg, *Otto*-Dalldorf, *Philipp*-Berlin, *Pierson*-Pirna, *B. Schaefer*-Charlottenburg, *Scholz*-Cudowa, *Schott*-Nauheim, *Sperling*-Berlin, *Schuchardt*-Sachsenberg, *Ullrich*-Eberswalde, *Wendt*-Berlin.

Der Vorsitzende *Laehr* sen. übermittelt Grüsse der Mitglieder *Hirsch*-Magdeburg, *Ideler*-Wiesbaden und *Zinn*-Eberswalde. Sodann hält den angekündigten Vortrag

Dr. *Sperling*, Der Hypnotismus in seiner Stellung zur heutigen Medicin mit Demonstrationen.

Wenngleich die Stellung des Hypnotismus in der heutigen medicinischen deutschen Wissenschaft noch keine ganz sichere und allgemein anerkannte geworden ist, so ist doch der Weg dazu betreten, ihm dieselbe zu verschaffen.

Nach Vorgang namhafter französischer Autoren (*Charcot*, *Liébeault*, *Bernheim*, *Richer* u. s. w.) hat man auch in Deutschland in neuester Zeit die Arbeit auf diesem Gebiet wieder aufgenommen, und es sind besonders zwei bedeutende Psychiater, *Forel* und *von Krafft-Ebing*, welche mit gutem Beispiel vorangegangen sind.

Wenn nun heutzutage besonders unter der jüngeren Generation deutscher Aerzte eine rührige Forschung auf diesem Gebiete sich Bahn bricht, so ist die Frage sehr berechtigt: verdient es der Hypnotismus, dass sich die Wissenschaft seiner annimmt, können die wissenschaftlich geschulten Kräfte, die ihm Zeit und Mühe opfern, nicht besser zu fruchtbringenderen Arbeiten verwandt werden, und wird es ihren Anstrengungen schliesslich gelingen, dem Hypnotismus eine geachtete Stellung in der

Wissenschaft zu verschaffen? mit einem Wort: Hat der Hypnotismus eine Zukunft oder nicht?

Um diese Frage zu entscheiden, wird ein Rückblick auf frühere Zeitepochen geworfen, in denen der Hypnotismus auf die Bildfläche des Daseins gerufen wurde, um mehr oder weniger lange die Gemüther zu erregen. Die Dauer seines Bestehens war abhängig von dem Interesse des Volkes, der geistigen Richtung der Zeit (Orakel zu Delphi, u. s. w.), fernerhin von der Macht der Persönlichkeit, die sich jedesmal zum Träger der Idee gemacht hatte (Verwandtschaft der von dem Stifter der christlichen Religion verübten Wunder mit hypnotischen Erscheinungen; — die wenig vertrauenswürdige Persönlichkeit Mesmer's vielleicht der Grund zu dem Vorurtheil der damaligen Gelehrten gegen seine Lehren; Erfolg einer anerkannten Autorität: *Charcot's*).

Der historische Entwickelungsgang des Hypnotismus ist bei dem letzten Punkt einer kurzen Besprechung unterzogen worden.

Schliesslich ist es der Zweck, dem der Hypnotismus jedesmal unterstellt wurde, der für seinen Erfolg oder Nichterfolg entscheidend war: früher eine Befriedigung der Neugier und Schaulust des Volkes, späterhin ein idealerer, die Heilung von Kranken. Es fehlte nur, dass der Hypnotismus den Händen gewissenloser Speculanten entrissen und seine Ausübung der Thätigkeit der dazu berufenen Organe, der Aerzte, einverleibt würde.

Diese Forderung führt den Vortragenden hinüber zu der neueren Zeit und die Garantieen, welche diese für Pflege und Bestand des Hypnotismus bietet.

Staatlicherseits sind öffentliche hypnotische Schaustellungen von Berufs-Hypnotiseuren verboten worden, weil theils die vielfach brutal ausgeführte Hypnotisirung sich für die Gesundheit der Versuchspersonen als schädlich erwiesen hatte, theils weil dadurch im Publikum die Sucht, andere zu hypnotisiren erregt wurde und sich hypnotisirende Dilettanten herausgebildet hatten.

Der Arzt soll der einzig Berufene sein zur Ausübung der Hypnose, und es muss damit ein Zweck verbunden sein, entweder ein wissenschaftlicher oder therapeutischer. Auch Naturforschern und Philosophen kann die Berechtigung zur Beschäftigung mit der Hypnose nur in Verbindung mit einem Arzte zugestanden werden.

Sobald der Hypnotismus erst in die Hand ernster Arbeiter übergegangen ist, schwinden viele oder alle Bedenken, die gegen ihn ins Feld geführt worden sind. Das mysteriöse, womit die alten Magnetiseure ihre Patienten umgaukelten, ist durch eine verständige Aufklärung beseitigt und Aerzten wie Laien Vertrauen zu der neuen Heilmethode eingeflösst worden.

Diese Aufklärung hat zur Grundlage die Idee, dass wir es bei der

Verhandlungen psychiatrischer Verein

65. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Ber
am 15. März 1889.

Anwesend die Herren: *H. Bauer*-Charlottenburg, *Benno*-Karls
Dalldorf, *Edel*-Charlottenburg, *Gigglberger*-Eberswalde, *Guttstad*
Heimann-Charlottenburg, *Kahlbaum*-Görlitz, *Knecht*-Ueckermünd
u. jun.-Schweizerhof, *Lehmann*-Sonnenstein, *Liebe*-Schweizerl
Berlin, *Müller*-Blankenburg i. H., *Neuendorf*-Bernburg, *Otto*-Dal
Berlin, *Pierson*-Pirna, *B. Schaefer*-Charlottenburg, *Scholz*-Co
Nauheim, *Sperling*-Berlin, *Schuchardt*-Sachsenberg, *Ullrich*-Ebe
Berlin.

Der Vorsitzende *Laehr* sen. übermittelt Grüsse der M
Magdeburg, *Ideler*-Wiesbaden und *Zinn*-Eberswalde. Sod
gekündigten Vortrag

Dr. *Sperling*, Der Hypnotismus in seiner St
tigen Medicin mit Demonstrationen.

Wenngleich die Stellung des Hypnotismus in der
deutschen Wissenschaft noch keine ganz sichere
geworden ist, so ist doch der Weg dazu betreten
schaffen.

Nach Vorgang namhafter französisch
Bernheim, *Richer* u. s. w.) hat man auch
die Arbeit auf diesem Gebiet wieder auf
zwei bedeutende Psychiater, *Forel* und
Beispiel vorangegangen sind.

Wenn nun heutzutage besonn
deutscher Aerzte eine rührige Pro
bricht, so ist die Frage sehr
mus, dass sich die Wis
wissenschaftlich ge
opfern, nicht hass
wandt werden, so
gelingen, dem

...Sitzungen von seiner
...befreit worden, so dass
...stunden zu arbeiten im

...tterer, junger Mann von
...nambulismus, in welchen
...nästhesien, kataleptische
...lieben hervorzurufen sind.
...der sonst sehr stark
...hergesagt wird.
...Ausdruck giebt, dass sein
...eigenen Prüfung gebracht

...der Vortragende über das
...darüber geschrieben und ge-
...glaubt zwar auch kaum, dass
...wird, will aber doch dazu
...an Geisteskranken experimentirt
...sich überhaupt im Hypnotisiren
...vorwiegend nur die Gruppen, die
...sich zur Hypnose eignen, vor-
...me. Er hat bei einer Epileptischen
...ee in alle Studien der Hypnose ver-
...sse nur dann, wenn die Kranke kurz
...rmaassen nervös geladen war. Waren
...so war es nicht möglich, sie in den

...die Erscheinungen der Hypnose sind, so
...aussprechen, ob sie sich wirklicher Heil-
...en dem Herrn Vortragenden vorgeführten
...gen. Sie beweisen nur, dass man auf hypno-
...auf Nervenkranke ausüben kann. Es würde
...teressant sein zu erfahren, ob man über das
...nem physiologischen Verständniss gekommen ist.
...am mich nach dem, was ich aus der Literatur er-
...st erfahren, nur dahin aussprechen, dass ich einen
... Krankheit durch Hypnotismus nicht kenne. Der-
...selbst da, wo andere Heilmittel fehlschlagen, in einer
...sse Symptome zu beseitigen, aber eine Heilung einer
... nicht herbei. Eine Heilung ist es nicht, wenn z. B.
...gewisse Symptome beseitigt werden und eine Zeit lang
...nde Patient relativ wohl sich fühlt.
...siologie des Hypnotismus betrifft, so ist eine Erklärung

Hypnose mit einem psychischen Phänomen zu thun haben, dass die Physiologie dasselbe nicht zu erklären vermag, dass es im physiologischen Leben der Hypnose analoge Zustände giebt, nämlich den natürlichen Schlaf, dass die Suggestibilität, welche in der Hypnose besonders ausgeprägt ist, auch im wachen Zustand besteht.

Eine wirkliche Erklärung der Hypnose ist zur Zeit unmöglich und wird unmöglich bleiben, so lange nicht über den Zusammenhang des psychischen Lebens mit dem physiologischen Vorgang bei der Function der Ganglienzelle Aufklärung geschafft ist.

Dahin muss die neuere Forschung streben: es wird die Sache einer Wissenschaft sein, welche Physiologie und Psychologie vereinigt, diesem Ziele sich zu nähern, der physiologischen Psychologie.

Aber auch die Psychologie allein wird in der Hypnose verschiedener Individuen eine reiche Fundgrube haben für die Probleme der menschlichen Seele.

Schliesslich wird es der Nutzen des Hypnotismus für die Therapie sein, welche denselben in den Händen des damit vertrauten Arztes als ein unentbehrliches Hilfsmittel erscheinen lassen wird.

Wenn demnach die vorhin gestellte Frage: hat der Hypnotismus eine Zukunft? ebenso strict beantwortet werden soll, so müssen wir mit einem entschiedenen „ja" antworten.

Eingestreut in den Vortrag, dessen Gedankengang hier nur kurz wiedergegeben werden sollte, finden sich mehr oder weniger ausführliche Erörterungen über die Schädlichkeit der Hypnose in Händen von Nicht-Sachverständigen und über den wohlthuenden Werth derselben bei Ausübung durch den wissenschaftlich gebildeten und geschulten Arzt — über die Auffassung der Hypnose als psychisches Heilmittel und dessen Combination mit somatisch stärkenden Mitteln wie Bädern, Elektricität etc., — über die Indication, vorzugsweise bei Neurosen, — über die geringen Aussichten bei Behandlung von Geisteskranken — und schliesslich über manche Erfolge in Bezug auf Beseitigung von Symptomen organischer Leiden, wofür als Beleg zwei unzweifelhafte Fälle, die Redner selbst beobachtet hat, angeführt werden.

Nach beendigtem Vortrag wurden eine Reihe von Fällen (aus der Poliklinik von Prof. *Mendel* und Prof. *Eulenburg*) vorgestellt, an welchen die hypnosigenen Methoden, die physiologischen und psychischen Merkmale der Hypnose, die drei Grade derselben u. s. w. demonstrirt wurden.

Von besonderem Interesse dürfte ein Fall sein (junges Mädchen von 23 Jahren), welche durch die Hypnose von einer Hystero-Epilepsie, und zwar jetzt bereits seit neun Monaten, befreit ist und sich vollkommen wohl, gesund und arbeitsfähig fühlt.

Ein anderer Fall (junger Mann von 23 Jahren), dessen Krankengeschichte im Neurol. Centralblatt 1888, No. 11. 13. 14 ausführlich be-

schrieben ist, ist durch wiederholte hypnotische Sitzungen von seiner schweren 5 Jahre lang dauernden Hystero-Epilepsie befreit worden, so dass er in einem schweren Beruf jetzt täglich 10 Stunden zu arbeiten im Stande ist.

Ein dritter Fall (hysterische Hemiplegie, Stotterer, junger Mann von 24 Jahren) ist interessant durch den tiefen Somnambulismus, in welchen er im Augenblick zu versetzen ist, und worin Anästhesien, kataleptische Stellungen, Sinnestäuschungen u. s. w. nach Belieben hervorzurufen sind. Bemerkenswerth ist, dass ein Gedicht von ihm, der sonst sehr stark stottert, in der Hypnose fast ohne Anstoss hergesagt wird.

Vortr. schliesst, indem er der Hoffnung Ausdruck giebt, dass sein Vortrag den Herren Collegen Anregung zur eigenen Prüfung gebracht habe.

Discussion: Herr *Neuendorff* bemerkt, dass der Vortragende über das Wesen der Hypnose, wie alle Anderen, die darüber geschrieben und gesprochen, nichts Förderndes beigetragen. *N.* glaubt zwar auch kaum, dass seine Bemerkung darüber Aufschluss geben wird, will aber doch dazu einen kleinen Beitrag geben. Er hat nur an Geisteskranken experimentirt und zwar zunächst zu dem Zwecke, um sich überhaupt im Hypnotisiren zu versuchen. Er hat gefunden, dass vorwiegend nur die Gruppen, die mit spastischen Symptomen einhergehen, sich zur Hypnose eignen, vorwiegend Epilepsie, Hysterie und Katatonie. Er hat bei einer Epileptischen die Erfahrung gemacht, dass er dieselbe in alle Stadien der Hypnose versetzen konnte, aber merkwürdiger Weise nur dann, wenn die Kranke kurz vor den Anfällen stand, also gewissermaassen nervös geladen war. Waren die epileptischen Anfälle vorüber, so war es nicht möglich, sie in den hypnotischen Zustand zu versetzen.

Herr *Müller:* So interessant die Erscheinungen der Hypnose sind, so möchte ich doch meine Bedenken aussprechen, ob sie sich wirklicher Heilerfolge rühmen kann. Die von dem Herrn Vortragenden vorgeführten Fälle sind wohl keine Heilungen. Sie beweisen nur, dass man auf hypnotischem Wege einen Einfluss auf Nervenkranke ausüben kann. Es würde gewiss in hohem Grade interessant sein zu erfahren, ob man über das Wesen der Hypnose zu einem physiologischen Verständniss gekommen ist.

Herr *Mendel:* Ich kann mich nach dem, was ich aus der Literatur ersehen, und was ich selbst erfahren, nur dahin aussprechen, dass ich einen Fall von Heilung einer Krankheit durch Hypnotismus nicht kenne. Derselbe ist im Stande, selbst da, wo andere Heilmittel fehlschlagen, in einer Reihe von Fällen gewisse Symptome zu beseitigen, aber eine Heilung einer Krankheit führt er nicht herbei. Eine Heilung ist es nicht, wenn z. B. bei der Hysterie gewisse Symptome beseitigt werden und eine Zeit lang dann der betreffende Patient relativ wohl sich fühlt.

Was die Physiologie des Hypnotismus betrifft, so ist eine Erklärung

desselben nicht zu geben, die gegebenen Erklärungen sind lediglich Umschreibungen.

Ich betrachte den hypnotischen Zustand als eine artificielle transitorische Psychose.

Aus dieser Auffassung geht schon hervor, dass ich vor jeder nicht durch Sachverständige ausgeführten Hypnose warne, und schliesse ich mich vollständig den Ausführungen des Herrn *Sperling* nach dieser Richtung hin an.

Herr *Sperling*: Der Begriff einer „Heilung" sei ein durchaus relativer. Wenn man einen Pleuritiker, der mehrere Jahre nach überstandener Pleuritis ein Recidiv bekommt, ohne Anstand während dieser Zeit für geheilt erklärt hat, so muss man auch Fälle, wie die beiden früheren Hystero-Epileptischen, die seit ¾ bezw. 1 Jahr vollkommen arbeitsfähig und in ihrem Beruf sogar sehr angestrengt sind, als „geheilt" annehmen dürfen.

Was den anderen zur Sprache gelangten Punkt anlange, so empfehle es sich in Fällen, wo man hauptsächlich das therapeutische Ziel im Auge hat, keine grossen Experimente mit kataleptischen Stellungen etc. zu machen.

Dr. *O Müller*-Blankenburg a. H. Ueber die künstliche Erwärmung als Heilmittel bei verschiedenen Neurosen.

Die Anwendung der Wärme als eines Heilmittels in der Medicin ist eine so alte und umfangreiche, wie die kaum eines anderen Mittels. Sie geschieht in einer so mannigfachen Form, theils allgemein, theils örtlich in der Gestalt von Bädern in den verschiedensten Temperatur-Graden. Besonders erfolgreich ist ihre Anwendung bei der Behandlung von Nervenleiden.

Die indifferenten Thermen, die Moorbäder, die russischen, die römisch-irischen Bäder, sie alle wirken in erster Reihe durch den Einfluss der Wärme anregend und belebend auf das Gefässsystem und den Stoffwechsel.

Im Laufe des vorigen Sommers habe ich die Bekanntschaft einer Form von Bädern gemacht, die mir das Problem der Anwendung höherer Wärmegrade, als das Blut sie hat, also von 36 Grad aufwärts bis 50 Grad Cels., ohne gleichzeitig den Kopf und die Respirationsorgane einer so hohen Temperatur aussetzen zu müssen, wie es bei den heissen Luft- und Dampfbädern geschieht, in besonders glücklicher Weise gelöst hat, ich meine die trockenen warmen Sandbäder, welche in Köstritz verabreicht werden. Ich bin überrascht gewesen von den günstigen Heilerfolgen, welche auf die Weise durch eine energische Ableitung auf die Haut und die künstliche Erwärmung des Organismus, gewissermaassen mehr nebenbei bei einer grossen Anzahl von Neurosen im Laufe der Jahre dort erzielt worden sind, und glaube, dass den Herren Collegen einige nähere Mittheilungen über diese Bäder gewiss erwünscht sein werden, die in erster Reihe einen

hervorragenden Ruf als Heilmittel bei veralteten gichtischen und rheumatischen Leiden, in denen sich in der That überraschende Erfolge haben erreichen lassen, geniessen

Veraltete gichtische Ablagerungen, welche allen ärztlichen Behandlungen Trotz boten, Contracturen, rheumatische Lähmungen, habe ich in verhältnissmässig kurzer Zeit verschwinden sehen. Es ist deshalb zu erklären, wenn gerade diese das Gros der dortigen Patienten bilden und wenn aus diesem Grunde eine energisch durchgeführte Schwitzkur in der Regel der Zweck des dortigen Aufenthaltes war, aber ich glaube, dass mit künstlicher Erwärmung, wenn man sie auf mässigere Temperaturen und kürzere Zeit der Anwendung oder auch mehr örtlich beschränken möchte, auch eine grosse Anzahl von allgemeinen und örtlichen Neurosen, bei welchen Stoffwechsel und Blutbewegung darniederliegen, namentlich manche Formen von eingewurzelter Neurasthenie mit und ohne neuralgische Erscheinungen erfolgreich behandelt werden dürften.

Dasselbe gilt auch für manche beginnende Psychosen bei der Behandlung der Schlaflosigkeit, bei Verstimmungszuständen, welche auf dem Boden einer allgemeinen Erschöpfung bei venösen Störungen im Bereiche der Abdominalorgane entstanden sind. Eine grössere Anzahl von Kranken betonten nach dem Gebrauch der warmen Sandbäder vor allen Dingen das gesteigerte Wohlbefinden und vermehrte Kräftegefühl, den besseren Schlaf, das Aufhören der gereizten Stimmung, an der bekanntlich auch Podagristen nebenbei bald mehr, bald weniger leiden. Die Anwendung der warmen Sandbäder, welche ich in einer Temperatur von 45 Grad Celsius zunächst versuchte, geschieht in folgender Weise:

Nachdem man sich entkleidet hat, legt man sich auf einen transportablen etwa 2 Meter langen Krankenwagen, der bereits zur Hälfte mit warmem Sande von oben bezeichneter Temperatur angefüllt ist. Durch die schräge Stellung des Wagens wird es erreicht, dass der Kopf hoch, die Beine tiefer gelagert sind. Durch das Oeffnen einer an der Wand befindlichen Klappe wird nun der ganze Körper so von warmem Sande von 45—50 Grad Cels. überschüttet und eingepackt, dass nur Kopf und Brust frei bleiben; die Beine, welche fusshoch mit dem heissen Sande bedeckt sind, liegen wie festgemauert und können nicht bewegt werden, die Arme, welche nur etwa ½ Fuss hoch im Sand eingebettet sind, kann man allenfalls, aber auch nur mit Mühe rühren. So eingepackt, wird man dann vermittelst des Wagens in einen kühlen, schattigen Park, der unmittelbar an das Badehaus, welches mit einem überstehenden Dache versehen ist, anstösst, gefahren, um nun von einer halben bis zu einer ganzen Stunde im warmen Sande zu verbleiben. Schon nach wenigen Minuten bemerkt man in der Regel von den Füssen anfangend ein Klopfen und Pulsiren in den Beinen, Händen und später im ganzen Körper, dem dann unmittelbar der Ausbruch eines allgemeinen Schweisses nachfolgt. Die schwere Belastung des Körpers mit dem Sande regt die Muskel-Energie des Herzens gewaltig an;

man hat die Empfindung, als ob man sich in einem leichten Fieberzustande befände. So verbleibt man, ohne dass der Aufenthalt, wie im heissen Luft- oder Dampfbade der Fall ist, irgendwie beklemmend oder unangenehm ist, unter reichlichster Schweissabsonderung im Sandbade, nimmt dann, nachdem man dieses verlassen hat, ein warmes Wannenbad, in welchem man sich von dem inkrustirenden Sande völlig reinigt, schwitzt in warmen, wollenen Decken eingehüllt noch eine geraume Zeit nach und wird unter einer warmen, allmählich kühler werdenden Brause bis auf die umgebende Lufttemperatur wieder abgekühlt.

Nach der Vollendung einer solchen Procedur hat man das Gefühl eines ausserordentlichen Wohlbehagens, eines gesteigerten Durstes und meist auch des Hungers, woran sich nach einigen Stunden auch das Bedürfniss nach Schlaf, der erquickender als sonst zu sein pflegt, anreiht. Besonders lobten einzelne Patienten, welchen durch mannigfache Neuralgien oder durch nervöse Erregungen oft Monate hindurch der Schlaf geraubt war, den wohlthätigen Einfluss, den meist schon wenige Sandbäder durch Wiederkehr des Schlafbedürfnisses erzielten.

Fragt man sich nun, welchen Einfluss hat eine derartige künstliche Erwärmung in einem trockenen Medium auf den menschlichen Körper, so ist in erster Reihe der bemerkenswerthen Wasserentziehung Erwähnung zu thun, welche wie durch Wägungen festgestellt ist, von zwei bis sogar fünf Pfund nach jedem einzelnen Bade beträgt; nebenbei erscheint auch die Harnsäure und Harnstoffausscheidung ähnlich wie in heissen Luft- und Dampfbädern in gesteigertem Maasse vermehrt [1]).

Die oft sehr übelriechenden Schweisse, welche von den Patienten während des heissen Sandbades ausgeschieden werden, lassen annehmen, dass gleichzeitig auch eine Menge anderer noch nicht festgestellter Schlackenstoffe (Urate, Ammoniakverbindungen, Fettsäuren) zur Ausscheidung gelangen, die wohl früher für den Stickstoffwechsel des Organismus mehr oder weniger ein Ballast gewesen sein mögen.

Eine fernere Erscheinung des Einflusses der künstlichen Durchwärmung im Sandbade auf den Organismus ist die Erhöhung seiner Eigenwärme, bis zur Fiebertemperatur, welche in der Regel bis 38,5 Grad Celsius stattfindet, wie solches die Messungen mit dem Thermometer ergeben haben. Wir verdanken hierüber nähere Mittheilungen dem Herrn Medicinalrath Dr. *Sturm* in Köstritz, der in einer am 5 October 1885 in Liebenstein abgehaltenen Verhandlung des Thüringer Bäder-Vereins einen Vortrag gehalten hat. Aus den vorgenommenen Messungen einer grösseren Anzahl von Patienten geht hervor, dass nach einem halbstündigen Aufenthalt im Sandbade die Temperatur auf etwa 38 Gr. Cels. gestiegen ist. Wenn man mit dem Thermometer unter der Zunge maass, erhöhte sich nach einer

[1]) Die heissen Luft- und Dampfbäder von Dr. *A. Frey* und Dr. *F. Heiligenthal*, Leipzig 1881.

weiteren halben Stunde ihr Maximum bis 38,7 und ging dann während des Nachschwitzens langsam wieder bis auf 37 Gr. herab. Die Pulsfrequenz erhöhte sich langsam von der normalen, nach halbstündigem Aufenthalt im Sandbade auf 90 bis 100, nach einstündigem Aufenthalt bis durchschnittlich 105, um dann allmählich während des Nachschwitzens, oft schon sogar vorher, bis auf die normale Frequenz herabzusinken. Durch eine solche künstliche Erwärmung wird demnach ein dem Fieberzustande analoger Erwärmungsprocess des Organismus hervorgerufen, der in ähnlicher Weise, wie wir annehmen dürfen, wohlthätig wie dieser bei chronischen Leiden einzuwirken vermag. Ja, es liegt die Vermuthung nahe, dass auch manche psychische Leiden durch die künstliche Erwärmung und die dadurch herbeigeführte Anregung und Belebung des Stoffwechsels vortheilhaft verändert werden können, wissen wir ja doch, dass fieberhafte intercurrirende Krankheitsprocesse sogar schwere Psychosen — Typhus-Epidemien in Anstalten — zur Genesung gebracht haben. Die völlig ungefährliche Erwärmung des Körpers, die man ja auch ganz in der Hand hat, indem man z. B. mit 40 Gr. Cels. und halbstündiger Erwärmung beginnen könnte, bietet einen grossen Vortheil vor dem Gebrauche der heissen Luft- und Dampfbäder, die durch Congestiv-Erscheinungen zum Gehirn leicht gefährlich werden könnten, während man hier die Patienten die Luft in ihrer natürlichen Temperatur einathmen und vielleicht durch kalte Compressen über den Kopf, noch direct abkühlen könnte.

Ausserdem kann man durch örtliche Anwendung des heissen Sandes in der Form von Halb- und Sitzbädern geeigneten Falles energischer nach der Peripherie ableiten, als durch irgend ein anderes Mittel und die dazu nöthigen Einrichtungen sind verhältnissmässig leicht zu beschaffen.

Besonders geeignet für die Anwendung der allgemeinen künstlichen Erwärmung erscheinen nach den von mir gemachten Beobachtungen und Erfahrungen alle diejenigen Formen neurasthenischer Schwächezustände mit und ohne neuralgische Complicationen, welche bei der bisher üblichen Behandlungsform mit Massage, Elektricität, tonisirenden Arzneien, doch nicht so leicht zur Heilung zu bringen sind, alle diejenigen Formen, welche, auf anämischem Boden oder durch Vasoparese entstanden, meist unter den Symptomen eines schwer darniederliegenden Stoffwechsels, bleicher Haut, kleinem unterdrücktem Pulse, unter den Erscheinungen eines chronisch nervösen Siechthums oft jahrelang verlaufen.

Günstige Erfolge weisen namentlich die neuralgischen Beschwerden, Facialis-Lähmungen, Hemicranien, bei denen oft doch wohl eine rheumatische Basis für das Leiden vorhanden ist, auf. Besondere Rücksicht wird man auf den Zustand des Herzens zu nehmen haben und alle diejenigen Fälle von der Behandlung ausschliessen oder eine solche nur ganz vorsichtig versuchen, bei welchen organische Herzleiden, Stenosen, Klappenfehler vorhanden sind; auch bei hochgradigen Schwächezuständen des Herzens wird es nöthig sein,

darauf Rücksicht zu nehmen, dass die Pression, welche von Seiten des erwärmten Sandes ausgeübt wird, nicht gleich eine zu starke sei.

Es wird sich in solchen Fällen empfehlen, eine schwächere Bedeckung des Körpers mit dem umhüllenden Wärmeträger vorzunehmen. Die Diät beim Gebrauche der Kur sei im Ganzen eine leichte, jedoch nährende, bei rheumatischen und arthritischen Leiden mehr eine vegetabilische. Bei dem Bedürfnisse nach Flüssigkeit dürfte reichlicher Milchgenuss den meisten Indicationen entsprechen. Ich bin der Meinung, dass die warmen Sandbäder als die beste und einfachste Methode der Durchwärmung des Körpers mehr Beachtung verdienen, als ihnen bisher geschenkt ist und dass gerade wir Nervenärzte besondere Veranlassung haben, von ihnen Gebrauch zu machen, weil sie mehr wie irgend ein anderes Heilmittel belebend und kräftigend auf das Nervensystem einzuwirken vermögen.

Aus diesem Grunde bitte ich, meine Herren Collegen, der von mir angeregten Sache Ihre Beachtung zu schenken und werde mich freuen, wenn meine Mittheilungen Ihr Interesse erregt haben und zu weiteren Versuchen und Erfahrungen Veranlassung geben.

An der Discussion betheiligten sich die Herren *Lähr* sen. und *Mendel.*

Literatur.

August Cramer, Die Hallucinationen im Muskelsinn bei Geisteskranken und ihre klinische Bedeutung. Ein Beitrag zur Kenntniss der Paranoia. Freiburg i. B. 1889. Akadem. Verlagsbuchh. von J. C. B. Mohr (Paul Siebeck). 130 Seiten. 3,60 M.

Die vorliegende Arbeit stellt sich die dankenswerthe Aufgabe, verschiedene z. Th. bisher wenig oder gar nicht untersuchte Symptome der Paranoia einer genauen klinischen Prüfung zu unterwerfen und darzuthun, dass sich diese Symptome nicht nur theoretisch unter einem gemeinsamen Gesichtspunkte betrachten lassen, sondern dass namentlich auch einzelne dieser Symptome eine practische Bedeutung beanspruchen dürfen, insofern dieselben für die Prognose nicht unwichtige Anhaltspunkte gewähren. Der Verf., z. Z. I. Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik zu Freiburg i. B., hat auf Anregung von Professor *Cramer* in Marburg diesem Gegenstande seit mehreren Jahren seine Aufmerksamkeit zugewendet.

Die Abhandlung zerfällt in zwei Abtheilungen. In der ersten bespricht Verf. nach vorausgeschickten „allgemeinen Bemerkungen über den Muskelsinn" im Einzelnen 1. die Hallucinationen im Muskelsinn des locomotorischen Apparates, 2. des Sprechapparates und 3. im Muskelsinn der Augenmuskeln. Alle diese hauptsächlich bei paranoischen Kranken auftretenden Symptome (die Zwangsbewegungen, -Stellungen und -Handlungen, das Gedankenlautwerden, das Zwangsreden sowie vielleicht auch gewisse Erscheinungen bei Hallucinationen oder Illusionen des Gesichts) lassen sich auf einen gemeinsamen krankhaften Vorgang, auf eine Hallucination in dem betreffenden Muskelsinn zurückführen.

Es giebt eine centripetal verlaufende Sinnesbahn (die Bahn des Muskelsinns), welche in der Musculatur ihre Aufnahmestation hat und deren spe-

cifische Energie darin besteht, dass sie Bewegungsempfindungen nach der Hirnrinde bringt, welche dort zu Bewegungsvorstellungen umgesetzt und als solche abgelagert werden. Durch diese Sinnesbahn erwerben wir uns die sämmtlichen, so mannigfachen Bewegungsvorstellungen. Jede, auch die geringste Veränderung im Zustande unserer Muskulatur wird durch dieselbe sofort nach der Grosshirnrinde berichtet. Wird deren Bahn nun hallucinatorisch erregt, so müssen nothwendigerweise im Sensorium falsche Bewegungsvorstellungen entstehen, insofern sie nicht durch wirkliche äussere Reize der Muskelsinnbahn hervorgerufen wird.

Die auf diesen allgemeinen Abschnitt (26 Seiten) folgenden klinischen Beobachtungen, 30 an der Zahl, nehmen den übrigen, grösseren Theil der Schrift, nämlich 104 Seiten ein. Verf. hebt als charakteristisch für die mit den genannten Symptomen behafteten Kranken hervor, dass sie fast ohne Ausnahme in relativ kurzer Zeit (in wenigen Monaten, höchstens 1—3 Jahren) einen Ausgang in Genesung oder in geistige Schwäche nehmen, niemals aber in ein sogenanntes chronisches Stadium mit relativ jahrelang erhaltener, oft ganz bedeutender Intelligenz, wie andere Paranoiker. Dieses schnelle Verschwinden der Intelligenz erklärt sich wohl daraus, dass die andauernd krankhafte Erregung, welche bei jenen Kranken in den anatomischen Substraten gerade des Denkens Platz gegriffen hat und sich als Zwangsvorstellungen (Wahnvorstellungen), Zwangsreden und Gedankenlautwerden documentirt, dieses complicirte und zarte Organ sehr bald so afficirt, dass nach und nach immer mehr Theile functionsunfähig werden und hierdurch schliesslich ein Zusammenbruch des ganzen geistigen Gebäudes herbeigeführt wird.

In Betreff des Krankheitsbildes unterscheidet Verf. folgende Haupttypen, welche durch eine entsprechende gut gewählte Krankengeschichte veranschaulicht werden:

1. Isolirtes Auftreten von Gedankenlautwerden;
2. Isolirtes Auftreten von Zwangsvorstellungen;
3. Alternirendes Auftreten von Zwangsvorstellungen, Zwangsreden und Gedankenlautwerden;
4. Combinirtes Auftreten aller Symptome: Zwangsbewegungen, -Stellungen und -Handlungen, Zwangsreden und -Vorstellungen, Gedankenlautwerden, Hallucinationen und Illusionen im Gesichtssinn.

In Bezug auf den Ausgang der Krankheit scheinen sich jedoch diese Gruppen nicht zu unterscheiden.

Als Schlussfolgerungen seiner sehr bemerkenswerthen Untersuchungen giebt Verf. folgende Sätze:

1. Die Symptome, welche sich nach unseren theoretischen Betrachtungen auf eine Hallucination im Muskelsinn zurückführen lassen, haben das Gemeinsame, dass sie hauptsächlich bei acutem oder subacutem Verlauf der Paranoia dauernd in den Vordergrund der Symptome treten.

2. Unter diesen Symptomen sind es das Gedankenlautwerden und

das Zwangsreden, welche bei länger dauerndem Bestehen eine deletäre Wirkung entfalten können.

3. Es giebt paranoische Kranke, bei welchen ganz isolirt das Gedankenlautwerden das Krankheitsbild beherrscht.

4. Es giebt paranoische Kranke, bei welchen Zwangsvorstellungen, Gedankenlautwerden und Zwangsreden in stetem Wechsel isolirt im Vordergrund der Erscheinungen stehen.

5. In der Form der Paranoia, bei welcher hauptsächlich die sogenannten katatonischen Erscheinungen ins Auge fallen, scheint das Gedankenlautwerden stets vorhanden zu sein und einen nicht geringen Antheil an dem öfters ungünstigen Ausgang der Krankheit zu haben.

Druck und Ausstattung machen der Verlagsbuchhandlung alle Ehre.

Seeligmüller.

Dr. ***Ernst Jendrassik***, Ueber die Localisation der Tabes dorsalis. Archiv für klinische Medicin Bd. 43, Heft 6, pag. 543—597.

Jendrassik fand in zwei Fällen, die klinisch als Tabes dorsalis angesprochen wurden, post mortem neben der grauen Degeneration der Hinterstränge (im ersten Falle auch der Kleinhirnseitenstrangbahnen) Veränderungen in der Gehirnrinde, die histologisch dieselben waren, wie solche von *Tuczek* als charakteristisch für die Dementia paralytica (Schwund der sogenannten tangentialen Fasern) beschrieben wurden, die sich aber nicht wie bei dieser Krankheit, in den vorderen (frontalen) Abschnitten der Hirnrinde, sondern im Gegensatze dazu in den unteren und hinteren Gyri des Gehirns localisirten. Auf Grund dieses Befundes und mit Rücksicht auf die von dem Verfasser gemachte Annahme, dass die klinischen Erscheinungen der Tabes dorsalis weder rücksichtlich ihrerer Intensität noch ihrer Ausdehnung mit dem Degenerationsprocesse in den Hintersträngen in Einklang zu bringen seien, statuirt derselbe als wahrscheinlich, dass der grösste Theil der tabischen Symptome aus der vom Verfasser gefundenen Rindenerkrankung abgeleitet werden muss, dass überhaupt die Tabes eine Gehirnerkrankung ist, die secundär eine aufsteigende Degeneration der Hinterstränge verursache. Zu den tabischen Symptomen, die *Jendrassik* aus der Gehirnerkrankung erklären zu müssen glaubt, gehören in erster Linie die sensibeln Störungen und die Ataxie, aber auch für die Augenmuskellähmungen und die Sehstörungen (secundäre Opticusdegeneration) räumt er eine solche Wahrscheinlichkeit ein. Die Möglichkeit der secun-

dären Erkrankung der Hinterstränge schliesst der Verfasser aus Thierexperimenten und aus der Thatsache, dass die Hinterstrangsklerose sich in gewissen Fällen auf die umschriebenen Gebiete der Pyramidenbahnen und des Kleinhirnseitenstranges verbreite.

Jendrassik sieht in der Tabes dorsalis und Dementia paralytica dieselbe Krankheit, bei der je nach der Localisation der Erkrankung im hintern oder vordern Abschnitte des Gehirns, bald das eine, bald das andere Krankheitsbild zur Erscheinung kommt und bei der aus einer Erkrankung der gesammten Hirnrinde leicht die so häufig vorkommende Combination von Tabes dorsalis mit Dementia paralytica erklärt wird. „Dieser Unterschied in der Localisation wäre gewiss grösser, wenn nicht beinahe jede Dementia paralytica mit dem Krankheitsbilde der Tabes complicirt wäre, wenn wir den Vergleich mit reinen Fällen der Dementia paralytica anstellen könnten." „Vorläufig kennen wir die Gründe noch nicht, warum sich der Process bei einem Menschen mehr auf die vorderen Abschnitte der Hirnrinde erstreckt, die Dementia paralytica verursachend, während er bei anderen mehr rückwärts liegende Theile erfasst und die Tabes dorsalis hervorbringt." Der Krankheitsprocess in der Hirnrinde sei nicht entzündlicher Natur, sondern als eine Involutionsatrophie aufzufassen. Diese Benennung bezeichne vorläufig eher den Gang der Veränderung als deren Bedeutung.

Wenn wir uns zunächst fragen, ob die Annahme einer secundären aufsteigenden Degeneration in den Hintersträngen, verursacht durch eine Gehirnerkrankung, mit dem, was wir bis jetzt über die secundären Degenerationen wissen, vereinbar ist, so müssen wir antworten, dass eine solche Annahme nicht begründet werden kann. Wir wissen, dass secundäre Degenerationen sich von einem cerebralen Krankheitsherde aus nach unten in gewissen Gebieten (Pyramidenseitenstrangbahnen) fortpflanzen können, dass auch im Rückenmarke von einer bestimmten Läsion aus (Zerstörung des Querschnitts) sich nach unten und oben secundäre Degenerationen verbreiten, allein dass in Folge einer Erkrankung des Gehirns das Rückenmark von unten nach oben degnerirt, ist eine Annahme, die Jeder beliebig machen, die aber nicht aus bekannten Thatsachen abgeleitet werden kann. So ähnlich auch der anatomische Befund bei der aufsteigenden Hinterstrangdegeneration in Folge von Verletzungen der Cauda equina dem bei der Tabes dorsalis in vielen Fällen sein mag, so wissen wir doch, dass gerade bei der mit Dementia paralytica verbundenen Hinterstrangsklerose die Degeneration der Hinterstränge häufig im Dorsaltheile beginnt, dass die intensivste Erkrankung im oberen Brusttheile und im Halstheile gefunden wird, und dass der Lendentheil frei bleiben kann. Auch diese Befunde sprechen gegen die Wahrscheinlichkeit einer secundären Degeneration.

Wie verhält es sich nun weiterhin mit der Behauptung des Verfassers, dass die klinischen Erscheinungen der Tabes dorsalis weder rücksichtlich

ihrer Intensität noch ihrer Ausdehnung mit dem Degenerationsprocess in den Hintersträngen in Einklang zu bringen seien. Dass hier Vieles unaufgeklärt ist und dass wir insbesondere noch nicht mit der wünschenswerthen Sicherheit die Ataxie in bestimmten erkrankten Rückenmarksparthien (Wurzelzonen) localisiren können, geben wir gerne zu, allein aus diesem Grunde sofort auf eine Gehirnerkrankung zu recurriren, ist denn doch zu weit gegangen. Wir haben keinen Grund, die ausgesprochene typische Sklerose der Hinterstränge als etwas Nebensächliches, Secundäres bei der Tabes dorsalis zu betrachten. Darauf weist uns auch schon die Physiologie des Rückenmarkes hin. Die Schwierigkeit der Erklärung der einzelnen Symptome aus dem Rückenmarksbefunde liegt jedenfalls grösstentheils darin, dass nicht alle Abschnitte der Hinterstränge gleichzeitig in Quer- und Längsrichtung degeneriren, dass zwischen den zerstörten Axencylindern immer noch functionsfähige sind, dass auch die graue Substanz, wo sie betheiligt ist, in verschiedener Intensität und Ausbreitung zerstört wird, dass die Wurzelzone mehr oder weniger frei bleibt, etc. Diese Fragen werden zunächst mit Rücksicht auf die Symptome des einzelnen Falles untersucht werden müssen, und dann erst wird es sich zeigen, auf welchen Wegen wir weiterschreiten können.

Auch bezüglich der von dem Verfasser supponirten, in zwei Eällen gefundenen Gehirnerkrankung, d. h. des Schwundes der sog. tangentialen Fasern in der Hirnrinde müssen wir zur äussersten Vorsicht mahnen. Es ist durchaus keine ausgemachte Sache, dass diese Veränderung in der Gehirnrinde das Wesen der Dementia paralytica darstellt, und deshalb müssen wir alle aus einer solchen Annahme abgeleiteten Schlüsse als der Begründung entbehrend ansehen. Nicht beinahe jede Dementia paralytica ist mit dem Bilde der Tabes dorsalis complicirt, wie der Verfasser angiebt, sondern es giebt genug „reine Fälle", wo der von *Jendrassik* urgirte Unterschied in der Localisation der Gehirnerkrankung zu finden wäre, falls ein solcher existirte.

Tabes dorsalis und Dementia paralytica haben aller Wahrscheinlichkeit nach ein gemeinsames ätiologisches Moment. Das häufige Zusammenvorkommen dieser beiden Krankheiten weist darauf hin. Welche gemeinsamen Beziehungen aber die pathologischen Processe beider Krankheiten zu einander haben, in welcher näheren Beziehung die Rückenmarkserkrankung zur Gehirnerkrankung steht, darüber wissen wir nichts Sicheres. Aus den bekannten Thatsachen dürfen wir nur schliessen, dass eine gleiche Schädlichkeit die Erkrankung des Rückenmarks und die des Gehirns hervorruft, und dass beide Organe selbständig für sich erkranken. Die Behauptung, dass bei combinirter Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge in den Seitensträngen die umschriebenen Gebiete der Pyramidenbahnen und des Kleinhirnseitenstranges erkranken, ist nicht für alle Fälle giltig. Die Seitenstrangerkrankung kann auch nicht an ein bestimmtes Fasersystem gebunden sein und gerade für die Pyra-

midenseitenstrangerkrankung, für welche die Annahme einer secundären Degeneration bei der Dementia paralytica am nächsten läge, ist das Vorkommen einer primären partiellen Erkrankung im Dorsaltheile nachgewiesen.

Das Irrige der *Jendrassik*'schen Theorie bezüglich der zwei erwähnten Krankheiten liesse sich noch von anderen Gesichtspunkten aus beleuchten. Wir haben dieselbe nur an einigen bekannten Thatsachen geprüft, um zu zeigen, auf welche falschen Wege derjenige geräth, der sich von der Wirklichkeit entfernt. Dr. *Fischer*-Illenau.

Kleinere Mittheilungen.

Die Gefahren des psychiatrischen Berufes.

Ein genaueres Eingehen auf „die Gedenktage der Psychiatrie und ihrer Hülfsdisciplinen in allen Ländern von Dr. *H. Lähr*, dritte Auflage, Berlin 1889 führt zu interessanten und bedeutungsvollen Ergebnissen in Bezug auf die Beurtheilung der eigenartigen und oft gefahrvollen Praxis in der psychiatrischen Thätigkeit: gefahrvoll für das eigene Leben und die Gesundheit. Dies zeigt sowohl das Ableben der Psychiater nach der durchschnittlichen Lebensgrenze und den Todesarten, als auch das Verzeichniss der Unfälle innerhalb des lebendigen Anstaltsgetriebes.

a) Das Lebensalter der Verstorbenen ist in 421 Fällen bekannt gegeben und belief sich insgesammt durchschnittlich auf 57,81 Jahre. Die im Kreise der Directoren angegebenen Todesfälle, soweit sie zur Kenntniss gelangt waren, hatten im Durchschnitt ein Alter von 62 Jahren erreicht; das Alter der als Professoren und Schriftsteller angeführten Namen erreichte die Höhe von 66,1 Jahren, während die Emeriti ein Alter von 70 Jahren durchschnittlich erreichten. Die übrigen Altersangaben betreffen die als Assistenz-Anstaltsärzte und Generalinspectoren aufgeführten verstorbenen Personen. Auffällig tritt die Differenz zwischen den im activen Dienst verstorbenen Directoren und den in den Ruhestand getretenen und hier Verstorbenen hervor und es darf wohl angenommen werden, dass, wenn mancher Todesfall höheren Alters in die Kategorie der activen Directoren anstatt in die der Emeriti mit eingerechnet sein dürfte, das Durchschnittsalter der ersteren noch niedriger sich herausstellen würde. Noch auffälliger springt b) die Eigenartigkeit der Todesursachen in die Augen, soweit solche in der betreffenden Schrift angegeben werden konnten. Im Ganzen sind bei 162 Aerzten die Todesursachen bekannt. Von diesen sind als ermordet durch Kranke bezeichnet 7 (*Metcalf*, *Adams*, *Griolet*, *Geoffroy*, *Marchant*, *Wilson*, *Amelung*), als in Folge von Verletzung durch Kranke gestorben 7 (*John Meyer*, *Ludwidge*, *d'Orange*, *John P. Gray*, *Williams*, *Régulet*, *Gaddei*); verunglückt 3 (*Gudden*, *Boyd* und *Sohn*); an Suicidium 6 (*Beneke* im Wasser, *Brugnoni* durch Chloroform, *Fr. Hoffmann* im Rhein, *Heinrich* durch Blausäure, *Stimmel* Stich ins Herz, *Humann* Oeffnung einer Cruralvene; an Morphinismus 2 (*Köppe*, *Böttcher*); an

Hirnleiden 11 (*Weyert, Broc, Koster, Gellhorn, Girard de Cailleux, Joh. Müller, Platner, Huschke, Borcelli, Verdona, Huppert*); Meningitis acut. 1 (*Palmevini*); Dementia paral. 1 (*Löchner*); Vagusparalyse 1 (*Martini*); Aneurysma aortae 3 (*Woodwart, Guiaud, Calvi*); Apoplexie 17 (*Klotz, Mériec, Runge, Stolz, Hawthorne, Conolly, Reck, J. G. Müller, Levincent, Heuser, Lessing, Livi, Kern, Dreer, Berger, Burg, K. Spurzheim*); Pneumonie 19 (*Esquirol, Vulpian, Goldsmith, Riedel, E. Meyer, Mitinié, Beard, Ramey, Gill, Gianelli, Bernhardi, Lunier, Burresi, Gerelli, Chizzolius, Macdonald, E. Meyer, Kirkbride, Lamal*); Phthisis 9 (*Meckel, B. Spinoza, Selmer, Seifert, Georget, Engelken, Blumröder, Wachsmuth, H. Tuke*); Cat. bronch. 1 (*Miller*); Endocarditis 1 (*V. Bell*); Pleuritis 1 (*Helmont*); Pleuresie 3 (*Cambert, Ruch, Richard*); Lungencarcinom 1 (*Reissner*); Darmverschlingung 2 (*Kareth, Guislain*); Peritonitis 1 (*Bacon*); Perityphlitis 1 (*Freusberg*); Intestinitis 1 (*Corbetta*); Morb. Brigh. 2 (*Erlenmeyer, Mc. Bride*); Dysenterie 1 (*Brigham*); Urämie 3 (*Castiglioni, Bernard, Winslow*); Sepsis 2 (*Ingels, Legros*); Marasmus 3 (*Sömmering, Poole, Pienitz*); Erschöpfung 1 (*Foville*); Krebs 5 (*Graeser, Hall, Reissner, Ehrt, Willing*); Sarcoma 1 (*Siebert*); Gangraena senilis 1 (*Ramaer*); Cholera 3 (*Hémey, Hegel, Damerow*); Diphtheritis 1 (*Boyer*); Diabetes mellitus 1 (*Mäder*); Sumpffieber 1 (*Rigot*); Erysipel. faciei 1 (*Jacobi*); Typhus 9 (*Fichte, Krüger, Reil, J. Ch. Roller, Bird, Pichler, Solbrig, Gehewe, J. Ch. Spurzheim*); ausserdem sind noch eine Anzahl Todesursachen ganz unbestimmter Art angeführt, wie Magenübel 3 (*Landerer, Brutzer, Obernier*); qualvolle Krankheit 1 (*Stahl*); langes Leiden 1 (*Awe*); Blasenleiden 1 (*Haller*); verwundet im Krieg 1 (*Lavater*); auf der Reise oder nach kurzer Krankheit oder plötzlich verstorben 6 (*Baco, Oudard, Schelling, Nasse, Ch. Bell, Longet*), Herzleiden 14 (*Richarz, Chipley, Dick, Borel, Arthaud, Faissler, Bonarossa, Löwenhardt, Binswanger, Fougère, Cabrinius, Kind, Sauze, Voppel*). Die Aufzählung dieser 162 Todesursachen geben in ihrer Gruppirung die Bestätigung für die oben angeführte Ansicht, dass der psychiatrische Beruf ein eigenartiger und nach mancher Richtung hin ein gefahrdrohender sei; denn, wenn von 162 bekannt gewordenen Todesarten allein auf Ermordung und Tod in Folge von lebensgefährlicher Verletzung und Verunglückung 17 = 10 pCt. kommen, wenn in Folge von Suicidium, Apoplexie, Hirnleiden, Herzkrankheiten 53 = 33 pCt. verstorben sind, so möchte es ausser allem Zweifel stehen, dass erstere Gruppe eine directe, die letztere eine indirecte Schädigung des Lebens in sich schliesst, welche lediglich auf Rechnung des Berufes zu schreiben sein dürfte — abgesehen von anderen Todesursachen und Erkrankungen, welche nicht direct zum Tode geführt haben, und ungerechnet diejenigen Fälle, welche das ärztliche Personal nicht treffen. Diese indirecte Schädigung möchte erklärt werden durch die unausgesetzte Verantwortung, die stete Besorgniss vor Gefahren für Haus und Leben, den fortgesetzten Widerstreit zwischen Norm und Krankheit,

der Auffassung, Beurtheilung und Correctur des krankhaften Denkens, Redens und Handelns, in der Ueberlastung mit geistigen Arbeiten gegenüber den behördlichen Missverständnissen und der amtlichen Durchkreuzung der wohlüberdachten, erfahrungsgemässen Anschauungen und Pläne, Aergerlichkeiten mit den Angehörigen der Kranken, Zwiespalt mit den Verwaltungsorganen — alle diese Momente sind geeignet, Ueberanstrengungen und Erkrankungen des Gehirns und seiner Hüllen, dauernde Gemüthsaffecte und Herzleiden zu erzeugen — daher die abnorme Häufigkeit von Apoplexie, Störungen der Circulationsorgane und Gehirnerkrankungen. Unter der Rubrik „Unfälle" sind noch überdem angeführt 20 Todesfälle in Folge von Gewaltthätigkeitsäusserungen von Kranken und zwar 3 bei Aerzten, 7 bei Wärtern, 2 bei Beamten, 7 bei anderen Kranken und 1 bei einer unbetheiligten Person, sowie 31 Fälle von Verletzungen und zwar 14 bei Aerzten, 10 bei Wärtern, 6 bei anderen Kranken, 1 bei einer unbetheiligten Person; hierzu kommt noch 1 Selbstkreuzigung bei einem Kranken; somit steigt die Zahl der durch Gewaltthätigkeitsäusserungen Geschädigten und Verunglückten auf 68 Personen = 42 pCt., von denen allein 30 = 18 pCt. zum Tode führten, die übrigen 38 = 23,5 pCt. sich auf mehr oder weniger schwere Verletzungen beschränken — ein Resultat, welches geradezu erschreckend erscheinen muss!

In dem Kapitel „Brände" sind gleichartig grässliche Resultate enthalten, denn bei den 68 angeführten Anstaltsbränden kamen im Ganzen gegen 100 Kranke um und zwar in Admont (Kloster in Steyermark) 7 Menschen, in Maine Insane Hosp. (Amerika) 27 Kranke und 1 Wärter, in Beaufort (Frankr.) 3 Kranke, in Quebec (Amerika) 26 Kranke, in Bergen (Norwegen) 22 Kranke, in Southhal-Park (bei London) mehrere Kranke und Dir. Dr. *Boyd* mit dessen Sohn, in Newburgh (N.-Am.) mehrere Wärter und Feuerwehrleute, in Cleveland (Amerika) 6 Kranke, in Plagwitz (Schlesien) 1 Kranker, in Hopkinsville (Amerika) 1 Kranker, in Jackson (Amerika) mehrere Kranke, in Kankakee (Amerika) 17 Kranke, in Königsberg 5 Personen, darunter 3 Irre, in Montseuil (Frankr.) 6 Frauen, in Nizza 3 Kranke, in Minnesota (Amer.) 30—40 Kranke, in Philadelphia (Amer.) 28 Kranke, in Rothenberg (b. Riga) 1 Kranker, in Upsala (Schweden) 23 Irre, in Ville-Evrard (Frankr.) 1 Kranker, in Winnenthal 1 Kranker. Alle diese Thatsachen liefern den Beweis dafür, dass das Irresein und seine Behandlung mit unberechenbaren directen und indirecten Gefahren verknüpft ist und diesen Specialberuf zu einem gefahrvollen umgestaltet, und dass die Complication mit Epilepsie die Gemeingefährlichkeit wesentlich erhöht. Diese, wenn auch noch so betrübenden Anschauungen verdanken wir der sehr mühsamen und verdienstlichen Arbeit über die „Gedenktage", zu deren Fortsetzung es des lebhaftesten Interesses jedes Einzelnen unter jeweiliger gewissenhafter Angabe aller Vorkommnisse auf diesem Gebiete bedarf.

Köhler.

Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit.

Als das neue deutsche Strafgesetzbuch eingeführt werden sollte, und die psychiatrische Wissenschaft gefragt wurde, wie sie die Zustände bezeichnet wissen wollte, in denen strafbare Handlungen begangen werden, für welche die Betreffenden ihrer Geistesverfassung wegen nicht verantwortlich gemacht werden könnten, habe ich mich mit Entschiedenheit für die Aufnahme des Begriffs der geminderten Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetzbuch ausgesprochen, weil ich mir sagen musste, dass es thatsächlich eine Menge Menschen giebt, die sich auf den Grenzgebieten zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit bewegen, hier strafbare Handlungen begehen, für welche weder die volle Strafe, noch die Freisprechung passt.

Im Laufe der Zeit bin ich jedoch anderer Ansicht geworden: Nicht, dass ich derartige Zustände als thatsächlich bestehend nicht mehr anerkenne. Nein, meine Ansicht hat sich insofern geändert, als ich die Aufnahme des Begriffs der geminderten Zurechnungsfähigkeit für unzweckmässig, ja sogar, wie die Verhältnisse heut zu Tage nun einmal liegen, geradezu für ein sehr gefährliches Experiment halte.

Ich fürchte, dass: einerseits bei der grossen Unwissenheit, die das gros der Juristen in psychiatricis zur Schau trägt, und bei der gleichzeitig scharf ausgesprochenen Neigung derselben, sich in diesen Fragen ein eigenes Urtheil bilden zu wollen; andererseits bei der Zulässigkeit des Verfahrens, zur Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit jeden beliebigen Arzt als Sachverständigen heranzuziehen; endlich bei dem notorischen Mangel der nöthigen Kenntnisse von dem Wesen der Geistesstörung bei der weitaus grösseren Zahl der practischen Aerzte, selbst der Physici, der Begriff der geminderten Zurechnungsfähigkeit einen dankbaren Ausweg für Anmaassung und Unwissenheit bieten wird.

Ich fürchte, dass der Wissenschaftlichkeit der Untersuchung Abbruch geschehen und unsere Strafanstalten sich noch weit mehr mit wirklich Geisteskranken füllen werden, als dies zu meinem Bedauern heute schon der Fall ist.

Dagegen würde zu verlangen sein, dass mildernde Umstände ausnahmslos auf jede strafbare Handlung Anwendung finden können.

„Uebrigens bemerke ich, dass ich im Laufe der Jahre von dem Schwurgerichte in Braunschweig und Holzminden als Sachverständiger sehr häufig in Anspruch genommen bin und es mir in solchen Fällen, wo eine Geistesstörung im eigentlichen Sinne des Wortes nicht vorlag, aber eine krankhafte Disposition, so namentlich bei Epileptikern und auf niedrigerer Stufe der Bildung stehen gebliebenen Menschen, vorhanden war, stets gelungen ist, durch meine Darlegungen die Richter zur Annahme mildernder Umstände zu veranlassen, selbstverständlich immer nur bei Verbrechen, bei deren Strafmaass auf mildernde Umstände erkannt werden konnte."

Nasse.

Ueber geminderte Zurechnungsfähigkeit.

Bei der Erörterung der Frage von der geminderten Zurechnungsfähigkeit wird, wie mir scheint, der Umstand in Erwägung zu ziehen sein, dass, wenn eine bezügliche Bestimmung in das Strafgesetzbuch aufgenommen würde, die Wirkungen nicht nur da, wo sie beabsichtigt sind, auf dem forensischen, sondern voraussichtlich auch auf weiterem Gebiete sich geltend machen würden. Die Angelegenheit kann und muss, wie ich glaube, auch unter diesem Gesichtspunkte betrachtet werden. Und unter diesem wird es sich fragen, ob die Aufnahme einer, die geminderte Zurechnungsfähigkeit einschliessenden Bestimmung zweckmässig sein würde.

Eine uns stets gestellte, in wechselnder Gestalt täglich an uns herantretende Aufgabe besteht in der Bekämpfung der über die Geisteskranken herrschenden irrigen Meinungen, im Versuche der Herbeiführung einer richtigeren Auffassung dieser Zustände und einer entsprechenden sachgemässen Behandlung der Kranken.

Die irrigen Meinungen und die unzweckmässige Behandlung, mitunter Misshandlung, auf ihren Ursprung untersucht, ruhen eben auf der Anschauung, bei den Geisteskranken bestehe Zurechnungsfähigkeit oder dieselbe sei doch in gemindertem Grade vorhanden.

Erfolgreich gewirkt kann hier nur werden vom Boden der Auffassung aus, bei den Geisteskranken sei die Zurechnungsfähigkeit aufgehoben.

Die Frage, ob und inwieweit dem in der That so sei, welches die richtige physiologisch-psychologische Kennzeichnung des Zustandes der Geisteskranken sei, kommt für die uns hier beschäftigende Seite der Sache nicht in Betracht. Theoretische Erwägungen können wir ausser Acht lassen.

Darüber wird keine Meinungsverschiedenheit bestehen, dass wir practisch davon ausgehen müssen, die Geisteskranken als nicht verantwortlich anzusehen für ihr Thun und Reden, insoweit dies unter dem Einflusse der Krankheit steht. Die Schwierigkeit liegt dann im einzelnen Falle oft darin, zu entscheiden, ob Beeinflussung oder Beherrschung durch die Krankheit vorliege oder nicht. In den zweifelhaften Fällen aber — hier ist von denen des täglichen Lebens, nicht den forensischen die Rede — sehen wir die Verantwortlichkeit der Kranken als aufgehoben an.

Die allgemeine Anschauung ist dies nicht. Wenn auch manches erreicht ist, theilweise mehr zutreffende Anschauungen Platz gewinnen, so macht im Grossen und Ganzen das Publicum, in demselben auch Elemente, bei welchen mehr Einsicht sollte vorausgesetzt werden dürfen, die Kranken auch für die Aeusserungen der Krankheit verantwortlich. Es wird nicht nöthig sein, hierfür Beweise beizubringen. Dass die Worte „Krankheit“ und „Kranke“ allgemein gebraucht werden, ändert nichts daran. In den zweifelhaften Fällen, zumal in denjenigen, in welchen die Aeusserungen der Krankheit sich unliebsam bemerklich machen, werden eben doch die Kranken verantwortlich gemacht.

Freilich gründen wir selbst unsere Behandlung der Kranken in weitem Umfange auf die bei ihnen als vorhanden angenommene Zurechnungsfähigkeit: wir gewähren ihnen jede irgend mögliche Freiheit. Wir erachten nur die freie Behandlung als heilsam. Wir gehen dabei bis zu manchem Risiko. Wir lassen uns also von der Anschauung einer bei den Kranken vorhandenen Verantwortlichkeit leiten. Wir nehmen diese als bestehend an. Wir nehmen sie ausgiebig in Anspruch, benutzen sie im Interesse der Kranken. Findet aber ein Verhalten statt, welches man bei Gesunden als Missbrauch der Freiheit oder als unleidliches oder verletzendes oder gewaltthätiges Verhalten bezeichnen würde, so sagen wir: wenn zwei dasselbe thun, ist es nicht dasselbe. Der Kranke hat es gethan, weil die Krankheit sich beherrschend geltend machte. Wir müssen annehmen, er hat sich so verhalten, während er gleichzeitig in besonderem Maasse innerlich litt.

Unsere Erziehung des Pflegepersonals ist darauf gerichtet, Anschauungen dieser Art ihm in Fleisch und Blut überzuführen. Wir bekämpfen die etwa vorhandene Meinung, als hätte der Kranke bei gutem Willen seine Krankheitsäusserungen ganz oder theilweise unterdrücken können.

Die Angehörigen der Kranken suchen wir in der angegebenen Richtung zu belehren. Wir suchen die Ueberzeugung, dass es sich auch hier um Krankheit, um Aeusserungen von Krankheit handele, dass für dieselben die Geisteskranken ebensowenig verantwortlich gemacht werden können, wie der Phthisiker für seinen Husten, zur Geltung zu bringen.

Es ist zu fürchten, dass, wenn an autoritativer Stelle, im Strafgesetzbuche und vor den Gerichten, eine Anschauung zum Ausdrucke gelangt, welche es nahelegt, den Geisteskranken für ihr krankes Thun wenigstens einen Theil der Verantwortung zuzuschieben, die irrigen Meinungen über die Kranken neue Nahrung erhalten, manches Erreichte beeinträchtigt, die sachgemässe, dem Wohle der Kranken dienende Einwirkung auf weitere Kreise erschwert werde.

Dieser Gesichtspunkt ist es, auf den ich die Aufmerksamkeit lenken möchte. Um einer fraglichen Verbesserung in forensischer Beziehung willen würde möglicher Weise eine nach vielen Seiten sich fühlbar machende ungünstigere Gestaltung der Sachlage die Folge sein.

Für eine verhältnissmässig immerhin nicht bedeutende Zahl forensischer Fälle käme die fragliche Bestimmung in Betracht. Für eine verhältnissmässig grosse Zahl anderer Geisteskranken würden möglicher Weise unerwünschte Wirkungen eintreten.

Schon aus den vorgetragenen Gründen würden sich also nicht unerhebliche Bedenken gegen die Aufnahme der geminderten Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetzbuch ergeben. Weiterer Ausführungen enthalte ich mich; die Angelegenheit ist reichlich besprochen.

Sehr zu beachten dürften namentlich auch die von *Mendel* in der vorjährigen Verhandlung des Gegenstandes angeführten Aussprüche von *Westphal*, *Skrzecka* und *Ludwig Meyer* sein. Es liessen sich noch weitere,

wesentlich in derselben Richtung sich bewegende Ausführungen psychiatrischer Schriftsteller anführen.

Die Besorgniss, dass, wie dies auch in der Discussion hervorgehoben wurde, die geminderte Zurechnungsfähigkeit auch in Fällen unzweifelhafter Geistesstörung verwendet werden möchte, liegt sicher nahe.

Ich erlaube mir einen Fall meiner Erfahrung, wo beim Vorhandensein einer bezüglichen Bestimmung es besonders leicht zur Bestrafung von Geisteskranken hätte kommen können, kurz mitzutheilen.

Es handelte sich um eine Anklage gegen zwei Schwestern wegen Beleidigung[1]). Sie litten an jahrelang bestehendem Verfolgungswahn und gingen gegen eine Anzahl angesehener Personen, von welchen sie sich verfolgt glaubten, mit in Briefen und Druckschriften ausgesprochenen heftigen Beleidigungen und Beschimpfungen vor.

In der Verhandlung vor der Strafkammer des betreffenden Landgerichtes entwickelte der Staatsanwalt etwa: er sei durch die Ausführungen der Sachverständigen überzeugt. Er zweifle daran nicht, dass es sich bei den beiden Angeschuldigten um Geisteskrankheit, um Verfolgungswahn handele. Indessen müsse in Betracht gezogen werden, dass, wenn dies auch der Fall sei, die Angeklagten als gebildete Damen hätten wissen müssen, dass sie solche beschimpfende Ausdrücke, wie sie sie gebraucht hatten, nicht hätten anwenden dürfen. ‚Davon hätten sie doch ein Bewusstsein haben müssen. Deshalb seien sie dennoch, in vermindertem Maasse, strafbar. Er beantragte daher eine geringe Strafe.

Die beiden Angeklagten wurden wegen Geistesstörung vollständig freigesprochen.

Es ist aber wohl denkbar, dass beim Vorhandensein einer Bestimmung über geminderte Zurechnungsfähigkeit der Gerichtshof sich dem Antrage des Staatsanwaltes angeschlossen hätte, indem er eine zwar durch Geisteskrankheit verminderte, in Bezug auf den vom Staatsanwalt hervorgehobenen Punkt aber vorhandene Zurechnungsfähigkeit annahm.

Dieser Gedanke liegt um so näher, als trotz der schweren evidenten, jahrelangen Geistesstörung der beiden Kranken im Publicum, in welchem viele Personen durch die Beleidigungen sich verletzt fühlten, die Ansicht, dass es sich um Geisteskrankheit handle, vielfach nicht getheilt wurde. Ein angesehener Arzt war es gewesen, welcher den Strafantrag wegen Beleidigung gestellt hatte. Event. hatte er Entmündigung wegen Geistesstörung beantragt.

Dr. *Roller*-Brake.

[1]) Ich gedenke den interessanten Fall (von inducirtem Irresein) in einer anderen Arbeit näher darzulegen.

Die Irrenanstalten Russlands im J. 1886[1]).

1. Archangelsk. Abthl. d. allgemeinen Krankenhauses mit 10 Betten (5 M. 5 Fr.). Dr. *Kartascheff.*
2. Astrachan. Abthl. d. allgemeinen Krankenhauses mit 40 Betten (30 M. 10 Fr.). Dr. *Herz.*
3. Charkow. Abth. d. allgemeinen Krankenhauses mit 60 Betten.
4. Cherson. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 250 Betten. Dr. *Drosness.*
5. Dorpat. Krankenhaus bei der Universität. Unter Aufsicht des Ministers der Aufklärung.
6. Ekaterinoslawl. Provinzialständisches Krankenhaus mit 252 Betten (137 M. 115 Fr.). Dr. *Emelyanow.*
7. Góru-Kalwaria. Abth. d. Armenhauses mit 75 Betten. Ohne speciellen Arzt.
8. Grodno. Abth. d. allgemeinen Krankenhauses mit 40 Betten (25 M. 15 Fr.). Dr. *Beklemischew.*
9. Gluchow. Abth. d. allgemeinen Krankenhauses mit 6 Betten (3 M. 3 Fr.). Dr. *Newodnitschanski.*
10. Jaroslawl. Abth. d. allgemeinen Krankenhauses mit 175 Betten (100 M. 75 Fr.). Dr. *Tolokonnikow.*
11. Irkutsk. Abth. d. Stadt-Krankenhauses mit 40 Betten.
12. Kaluga. Provinzialständisches Krankenhaus mit 135 Betten (75 M. 60 Fr.). Dr. *Genkin.*
13. Kiew. Wohlthätigkeits-Krankenhaus mit 168 Betten (94 M. 74 Fr.). Dr. *Korschun.*
14. Kostroma. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 150 Betten (100 M. 50 Fr.). Dr. *Bogoslowski.*
15. Kursk. Wohlthätigkeits-Krankenhaus mit 150 Betten (100 M. 50 Fr.). Dr. *Hirschson.*
16. Krasnojarsk. Abth. des Stadt-Krankenhauses mit 20 Betten (11 M. 9 Fr.). Dr. *Pikok.*
17. Kamienetz-Podolsk. Abth. d. Wohlthätigkeitsanstalt mit 67 Betten (37 M. 30 Fr.). Dr. *Lominski.*
18. Kassimowka. Krankenhaus bei Nowgorod mit 175 Betten (110 M. 65 Fr.). Dr. *Sinani.*
19. Kasan. Provinzialständisches Kreis-Krankenhaus im Namen Mutter-Gottes mit 200 Betten (100 M. 100 Fr.). Dr. *Ragosin.*
20. Lublin. Abth. d. allgemeinen Krankenhauses im Namen d. Heiligen Johann mit 28 Betten. Dr. *Janilewski.*

— – —

[1]) Ausgabe des medicinischen Departements des Ministeriums der Inneren Angelegenheiten.

Lublin. Abth. d. allgemeinen Krankenhauses im Namen d. Heiligen Vincenz mit 28 Betten (28 Fr.). Dr. *Schmidt.*

21. Kischinew. Abth. d. allgemeinen Krankenhauses mit 100 Betten (50 M. 50 F.). Dr. *Perepiatkow.*
22. Moskau. Preobrazenski'sches Krankenhaus mit 280 Betten.
— Abth. d. Kaiser-Alexander III. Krankenhauses mit 90 Betten.
— *Becker*'s Privat-Krankenhaus mit 40 Betten.
— *Loewenstein*'s Privat-Krankenhaus mit 30 Betten.
— *Derschawin*'s Privat-Krankenhaus mit 10 Betten.
— *Bessiedkin*'s Privat-Krankenhaus mit 20 Betten.
— *Botkin*'s Privat-Krankenhaus mit 40 Betten (20 M. 20 Fr.).
— *Golossow*'s Privat-Krankenhaus mit 12 Betten.
— *Moschkiewitsch*'s Privat-Krankenhaus mit 20 Betten.
— Abth. d. Wohlthätigkeits-Stiftung „Stille meine Sorgen" mit 50 Betten.
— Abth. d. Militair-Hospitals mit 45 Betten. Dr. *Dranitzin.*
23. Minsk. Abth. d. Wohlthätigkeits-Anstalt mit 60 Betten (40 M. 20 Fr.). Dr. *Bader.*
24. Mohilew. Abth. d. allgemeinen Krankenhauses mit 40 Betten. Dr. *Wolk.*
25. Mitau Abth. d. allgemeinen Krankenhauses mit 90 Betten. Dr. *Stefani.*
26. Nischni-Nowgorod. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 140 Betten (90 M. 50 Fr.). Dr. *Bork.*
27. Olonetz. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 6 Betten.
28. Orenburg. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 10 Betten. (7 M. 3 Fr.). Dr. *Koenigsberg.*
29. Orel Provinzialständisches Krankenhaus mit 260 Betten (200 M. 60 Fr.). Dr. *Radulowitsch.*
30. Odessa. Städtisches Krankenhaus mit 284 Betten (149 M. 135 Fr.). Dr. *Tomaschewski.*
31. St. Petersburg. Krankenhaus „Alexander III." mit 270 Betten (110 M. 110 Fr. 50 Idioten). Dr. *Nikiforow.*
— Krankenhaus „Aller Unterdrückten" mit 260 Betten (105 M. 155 Fr.). Dr. *Tscheremschanski.*
— Krankenhaus d. „Heiligen Nikolaus der Wunderthäter" mit 310 Betten. Dr. *Tschetschott.*
— Krankenhaus d. „Heiligen Panteleimon" mit 500 Betten. Dr. *Tschisch.*
— Privat-Krankenhaus von *Frei* mit 70 Betten (50 M. 20 Fr.).
— Privat-Krankenhaus von Nischegorodtzew mit 35 Betten (23 M. 12 Fr.). Dr. *Nischegorodtzew.*
— Abth. d. klinischen Militair-Hospitals mit 100 Betten (80 M. 20 Fr.). Dr. *Merschejewski.*

St. Petersburg. Abth. d. Nikolajew'schen Militair-Hospitals mit 100 Betten. Dr. *Nikiforow.*

32. Pensa. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 175 Betten. Dr. *Ewgrafon.*
33. Perm. Provinzialständisches Krankenhaus mit 197 Betten (133 M. 64 Fr.). Dr. *Ponomareff.*
34. Poltawa. Wohlthätigkeits-Krankenhaus mit 100 Betten. Dr. *Platonow.*
35. Pskoff. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 80 Betten (60 M. 20 Fr.). Dr. *Bielski.*
36. Riasan. Provinzialständisches Krankenhaus mit 300 Betten (200 M. 100 Fr.). Dr. *Baschenow.*
37. Rothenberg bei Riga. Provinzialständisches Krankenhaus mit 210 Betten (110 M. 100 Fr.). Dr. *Tiling.*
38. Riga. Abth. d. allgemeinen Krankenhauses mit 132 Betten (62 M. 70 Fr.). Dr. *Girgensohn.*
39. Schitomir. Abth. d. allgemeinen Krankenhauses mit 48 Betten (28 M. 20 Fr.). Dr. *Jatzuta.*
40. Samara. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 214 Betten (152 M. 62 Fr.). Dr. *Chardin.*
41. Saratoff. Provinzialständisches Krankenhaus mit 140 Betten (100 M. 40 Fr.). Dr. *Steinberg.*
42. Simbirsk. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 87 Betten (44 M. 43 Fr.). Dr. *Swintzizki.*
43. Smolensk. Abth. d. Wohlthätigkeitsanstalt mit 100 Betten (60 M. 40 Fr.). Dr. *Strogonow.*
44. Simferopol. Wohlthätigkeits-Krankenhaus mit 245 Betten (155 M. 90 Fr.). Dr. *Greidenberg.*
45. Tamboff. Provinzialständisches Krankenhaus mit 120 Betten (100 M. 20 Fr.). Dr. *Chowrin.*
46. Twer. Colonie für Geisteskranke in Burnscheff mit 400 Betten (200 M. 200 Fr.). Dr. *Litwinoff.*
47. Tiflis. Abth. d städtischen Krankenhauses mit 24 Betten (16 M. 8 Fr.).
48. Tobolsk. Abth. d. allgemeinen Krankenhauses mit 40 Betten (28 M. 12 Fr.). Dr. *Linevitsch.*
49. Tomsk. Abth. d. städtischen Krankenhauses mit 20 Betten.
50. Tula. Abth. d Provinzialständischen Krankenhauses mit 230 Betten (125 M. 105 Fr.). Dr. *Sobolew.*
51. Tschernigoff. Abth. der Wohlthätigkeitsanstalt mit 225 Betten (144 M. 81 Fr.). Dr. *Malinowski.*
52. Taganrog. Abth. d. städtischen Krankenhauses mit 30 Betten.
53. Ufa. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 50 Betten (32 M. 18 Fr.). Dr. *Boretzki.*
54. Warschau. Selbständiges Krankenhaus d. Heiligen Johann mit 200 Betten für Männer. Dr. *Rothe.*

Warschau. Abth. d. jüdischen Krankenhauses mit 50 Betten (25 M. 25 F.). Dr. *Goldsobel.*
— Selbständiges Krankenhaus „Kind Jesu" mit 200 Betten für Frauen. Dr. *Rothe.*
— Privat-Krankenhaus mit 15 Betten. Dr. *Taczanowski.*
— Abth d. Militair-Hospitals mit 60 Betten. Dr. *Pasternatzski.*
55. Wilna. Selbständiges Krankenhaus mit 40 Betten für Männer. Dr. *Jundzill.*
— Abth. d. jüdischen Krankenhauses mit 30 Betten.
— Abth. d. Jacobs Krankenhauses mit 40 Betten. Dr. *Loewenstein.*
56. Witebsk. Abth. d. allgemeinen Krankenhauses mit 60 Betten (30 M. 30 Fr.). Dr. *Bobrik.*
57 Wladimir. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 150 Betten (90 M. 60 Fr.). Dr. *Sonietow.*
58. Wologda. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 60 Betten Dr. *Tchernowski.*
59 Woronesch. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 155 Betten (100 M. 55 Fr.). Dr. *Briantzew.*
60 Wiatka. Abth. d. Provinzialständischen Krankenhauses mit 163 Betten (100 M. 63 Fr.). Dr. *Molewinski.*
61. Reval. Abth. d. allgemeinen Krankenhauses mit 19 Betten (9 M. 10 Fr.). Dr. *Bette.* *v. Pf.*

Arbeitsplätze an psychiatrischen Kliniken. — An der psychiatrischen Klinik zu Breslau unter Prof. *Wernicke* sind 6 Arbeitsplätze für die Klinicisten genehmigt worden. Aehnliche Einrichtungen bestehen in der psych. Klinik zu Leipzig unter Prof. *Flechsig* und der Privatklinik des Prof. *Mendel* in Berlin. Auch für die Irrenklinik zu Halle unter Prof. *Hitzig* sind 3 wissenschaftliche Arbeitsräume in Aussicht genommen.

Aus Königslutter. — In der nächsten Finanzperiode sind für die Entwickelung der Irrenanstalt in Aussicht genommen 1) ein Pavillon für 50 männliche invalide Kranke mit einem Arbeitssaal, 2) eine Leichenhalle nebst Sectionszimmer, Zimmer zu mikroskopischen und chemischen Untersuchungen, Räumen zum Aufbewahren der Präparate etc., 3) erhebliche Erweiterung der Oeconomie. Für die darauf folgende Finanzperiode sind in Vorschlag 2 Pavillons für je 10 körperlich schwer Kranke, mit ausgedehnten Ventilationsanlagen in geschützter aber luftiger Lage am Berge und die Einrichtung einer Meierei in der Nähe der jetzt eingerichteten Rieselfelder von zur Zeit 36 Morgen.

Aus Halle. — Das Schwurgericht verhandelte am 6. April gegen den 25jährigen Sattlermeister Gustav Kurze aus Merseburg, welcher beschuldigt

war, am 30. Sept. v. J. seinen Gehülfen, den Sattler Friedrich, vorsätzlich mit Ueberlegung getödtet zu haben. An dem betreffenden Septembertage hatten Mitbewohner des Hauses, in welchem Kurze wohnte, aus dessen Zimmer Schmerzensschreie, röchelnde Töne und dumpfe Schläge wahrgenommen; als man endlich die Thür mit Gewalt öffnete, — das Zimmer war Schlaf-, Wohn- und Arbeitszimmer für Kurze und Friedrich — fand man in dem Bett die blutüberströmte Leiche Friedrich's, mit dem Deckbett überdeckt, während Kurze vor dem Bette stand. Friedrich ist, wie die Untersuchung ergab, mit einem schmalen, spitzklingigen Sattlermesser getödtet worden. Kurze bestritt den Mord ausgeführt zu haben und machte allerlei confuse Aussagen; ein rechter Grund, der ihn zu dem Verbrechen hätte veranlassen können, liess sich auch nicht ausfindig machen, wenn man nicht annehmen will, Kurze habe seinem Gehülfen 3 M. rückständigen Lohn nicht zahlen wollen. Da Bedenken wegen des Geisteszustandes Kurze's auftauchten, wurde derselbe längere Zeit in der hiesigen Irrenklinik beobachtet. Nach dem Gutachten des Sachverständigen leidet Kurze an angeborenem Schwachsinn, so dass seine Fähigkeit, Handlungen zu beurtheilen, etwa der eines 14jähr. Individuums gleichkommt. Kurze wurde nach mehrstündiger Verhandlung von der Anklage wegen Mordes freigesprochen, dagegen wegen Todtschlags ohne Annahme mildernder Umstände zu 6 Jahren Zuchthaus und 5 Jahren Ehrverlust verurtheilt.

Aus Wien. — Im Processe wegen der Flucht des Fürsten Sulkowski aus der Heilanstalt zu Ober-Döbling wurde der frühere Inspector Weitschacher zu 5 und der Wärter Krautgartner zu 3 Monaten schweren Kerkers und zwar wegen Verbrechens der öffentlichen Gewaltthätigkeit durch Entführung verurtheilt. Inzwischen ist der Entflohene durch das Gericht in Bonn entmündigt worden.

Bekanntmachung an die Privatanstalten in Berlin. — Durch Dr. *Georg Cornet*'s Untersuchungen über die Verbreitung der Tuberculose unter Leitung des Geheimen Medicinalrathes Professor Dr. *Robert Koch* ist festgestellt worden, dass nur der getrocknete Auswurf der an der Lungenschwindsucht Erkrankten oder derselben Verdächtigen den Gesunden verderblich wird und zwar, sobald derselbe fein zerstäubt der Athmungsluft beigemischt und so dem menschlichen Körper zugeführt wird. Um die auf solche Weise vermittelte Uebertragung von Tuberkelbacillen, welche bekanntlich die Tuberculose weiter verbreiten, thunlichst zu verhüten, sollen Tuberculöse (Schwindsüchtige) angehalten werden, niemals in ein Taschentuch, auf den Fussboden oder an die Wände, sondern lediglich in ein für diesen

Zweck bestimmtes Gefäss, Speinapf oder Speiglas, auszuspeien; besonders sei ein Handspeinapf zu empfehlen, um jede Verunreinigung des Bodens etc. zu verhüten.

Eine Desinfection des Auswurfes durch die früher üblichen Mittel hält Dr. *Cornet* für überflüssig, da der Sublimat z. B., wie längst bekannt ist, Tuberkelbacillen überhaupt nicht unschädlich mache, die Carbolsäure zu diesem Zweck aber nur unter Beobachtung grösster Sorgfalt in der Anwendung zuverlässig wirksam sei. Die Speigefässe seien täglich nur mit kochendem Wasser zu reinigen, der Auswurf aber mit dem Waschwasser in die Aborte zu befördern, Sand oder Sägespähne zur Bestreuung des Bodens der Speinäpfe zu benutzen, sei nicht empfehlenswerth, da auf solche Weise dem Trocknen und der Verstäubung des Auswurfes Vorschub geleistet werde; eine geringe Menge Wasser in den Gefässen sei nicht zu verwerfen. (Zschrft. f. Hygiene, Band 5, S. 191 f.)

Auf Grund der für das Gemeinwohl so wichtigen Ergebnisse der *Cornet*'schen Untersuchungen und mit Rücksicht darauf, dass Geisteskranke nicht selten an Tuberculose (Schwindsucht) erkranken, ersuche ich pp. ergebenst für die Zukunft folgende Vorschriften für Ihre Privat-Irrenanstalt im Interesse der übrigen, Ihrer Obhut anvertrauten Kranken beachten und gefälligst zur Ausführung bringen zu wollen.

I. Offenbar Tuberculöse sind, soweit thunlich, von anderen Kranken abzusondern.

II. Sämmtliche Kranke, welche an dieser Krankheit leiden oder derselben verdächtig sind, werden streng angehalten, lediglich in mit wenig Wasser am Boden bedeckte Speigefässe den Auswurf zu entleeren. Jene Gefässe sind täglich mindestens einmal mit siedendem Wasser zu reinigen, der Gesammtinhalt wird in die Aborte entleert. Etwaige Besudelungen des Fussbodens, der Lagerstellen, der Wände etc. werden, soweit möglich, sofort mit siedendem Wasser oder in anderweit zweckentsprechender und zuverlässiger Weise entfernt, besudelte Gebrauchs- und Bettwäsche wird entfernt und ausgekocht.

III. Bettstücke, Matratzen, Decken etc., sowie alle Gebrauchsgegenstände, welche Schwindsüchtige benutzt haben, sind nach Maassgabe der diesseitigen Polizeiverordnung vom 7. Februar 1887, betreffend Desinfection bei ansteckenden Krankheiten zu behandeln, beziehungsweise den hiesigen städtischen Desinfectionsanstalten zu übergeben, soweit nicht etwa Auskochen angängig ist.

IV. Auch die Desinfection derjenigen Zimmer, in welchen Schwindsuchtskranke gelegen haben, erfolgt nach dem Abgange der letzteren durch Entlassung oder Tod nach Maassgabe der vorerwähnten Bestimmungen.

Berlin den 12. April 1889. Der Polizei-Präsident.

Minist.-Erlass in Preussen. — Die Regierungspräsidenten sind vom Cultusminister aufgefordert worden, Erhebungen darüber zu veranlassen, wie viele Geisteskranke, einschliesslich der Schwachsinnigen, Blödsinnigen, Idioten sich in den einzelnen Anstalten (abgesehen von den Irrenanstalten) ihres Bezirks befinden, welcher Art die Geisteskrankheit der einzelnen Kranken ist, ob dieselben entmündigt sind oder nicht, ob sie zeitweise aufgeregt sind, zeitweise oder dauernde Einschliessung oder Anwendung sonstiger Zwangsmittel bei denselben nothwendig ist, ob bezw. welchen Behörden von ihrer Aufnahme Anzeige gemacht ist, und ob die Geisteskranken mit den übrigen geistesgesunden Pfleglingen zusammen wohnen oder sich in besonderen Abtheilungen befinden. Dem „Hann. Cour." zu Folge wünscht der Minister diese Berichte, um die Frage zu entscheiden, ob es für zulässig erachtet werden könne, geistesschwache oder geisteskranke Personen, wie es nicht selten geschehe, in gewöhnlichen Krankenhäusern, Armen- und Siechenhäusern etc. unterzubringen, ohne dass hierzu eine besondere Erlaubniss nachgesucht oder ertheilt wäre, und ob nicht derartige Anstalten, wenn sie solche Personen aufnähmen, den Bestimmungen für die Privatirrenanstalten zu unterwerfen seien.

Privatanstalten in Preussen. — In Folge der neueren Ministerialverordnung versendet eine schon seit 12 J. bestehende Privatanstalt Prospecte, in der sie mittheilt, dass der Kreis-Physicus die ärztliche Aufsicht und Behandlung hat, dass „der Eintritt in die Anstalt ohne Formalitäten geschieht, nur ein ärztliches Attest erbeten wird" und dass „Tobsüchtige und solche, die an Selbstmordmanie leiden, nicht aufgenommen werden".

Aus der Schweiz. — Im Monat April hat das Volk von Graubünden mit ausserordentlicher Mehrheit den Beschluss des Grossen Raths für den Neubau einer cantonalen Irrenanstalt genehmigt. Im Canton Schaffhausen schreitet der Bau der dortigen cantonalen Irrenanstalt rasch vorwärts.

Die Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte — wird vom 17. bis 23. Sept. d. J. in Heidelberg tagen. Für die Abth. für Neurologie und Psychiatrie haben Prof. *Strümpell*, Dr. *Nissl*, Dr. *Edinger*, Dr. *Monakow*, Prof. *Pick*, Dr. *Schmidt*, Dr. *Friedmann*, Dr. *Köppen*, Prof. *Binswanger*, Dr. *Moeli*, Prof. *Fürstner*, Dr. *Buchholz*, Dr. *Knoblauch*, Prof. *Mendel*, Dr. *Bruns* Vorträge angemeldet.

Die 6. Conferenz für das Idiotenwesen — wird am 10., 11. u. 12. Sept. 1889 zu Braunschweig stattfinden. Als Vorträge sind angemeldet: *Kielhorn*, Der Schwachsinnige im öffentl. Leben. *Reichelt*, Welche Kinder gehören in die Hilfsklassen und welche in die Idioten-Anstalten? *Wulff*, Cerebrale Kinderlähmung und Geistesschwäche. *Palmer*, Die Fürsorge für das Pflege-Personal in Idioten-Anstalten. *Berkhan*, Ueber einige wenig beachtete Symptome bei Idioten. *Barthold*, Die Anwendung der Ministerial-Verordnung vom 19. Jan. v. J. auf die Idioten-Anstalten, die Gestellung der Idioten zur Militär-Aushebungsbehörde, die Stellung der Idiotenlehrer zum Staate. *Wulff*, Gründung eines Vereins.

Personal-Nachrichten.

Dr. *von Krafft-Ebing*, Prof. u. Director der psychiatr. Klinik zu Graz, ist zum Prof. ord. der Psychiatr. u Neuropath. und zum Director der psychiatr. Klinik der. n.-östr. Landesirrenanstalt zu Wien,

Dr. *R. Walther*, Geh. Hofrath u. Director der Heil- u. Pflegeanst. Pforzheim, ist zum Director der neuerbauten Irrenanst. zu Emmendingen bei Freiburg ernannt worden.

Dr. *von Ludwiger*, Director der Irrenanst. zu Plagwitz, Schlesien, hat sich emeritiren lassen und an seine Stelle ist Dr. *Petersen-Borstel*, 2. Arzt der Irrenanst. zu Bunzlau, getreten.

Dr. *Eickholt*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Grafenberg, Rheinpr., ist zum Director derselben Anstalt,

Dr. *Leppmann* aus Breslau ist zum Arzt an der Kgl. Strafanst. zu Moabit bei Berlin und an der damit verbundenen Beobachtungsabth. f. geisteskr. Verbrecher,

Dr. *W. Nadler*, Bezirksarzt in Eppingen und fr. Hilfsarzt der Heil- u. Pflegeanst. in Illenau, zum 2. Arzt der Irrenanst. zu Emmendingen,

Dr. *Simon*, 2. Arzt der Irrenanst. zu Leubus, zum 2. Arzt der Irrenanst. in Bunzlau,

Dr. *Neisser*, 3. Arzt der Irrenanst. in Leubus, zum 2. Arzt daselbst,

Dr. *Wefers*, 3. Arzt der Irrenanst. zu Kreutzburg, zum 2. Arzt der Irrenanst. zu Plagwitz,

Dr. *Nic. Landerer*, 1. Ass. an der Kreisirrenanst. zu Deggendorf, zum 3. Arzte der Heil- u. Pflegeanst. Illenau in Baden,

Dr. *Aug. Cramer*, 1. Assistenzarzt und stellvertr. Director an der psychiatr. Klinik zu Freiburg i. B., zum 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Eberswalde,

Dr. *Haase*, 1. Ass. der Lothr. Bez.-Irrenanst. bei Saargemünd, zum 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Niedermarsberg ernannt worden.

Dr. *Pelman*, Prof. u. Director der Prov.-Irrenanst. zu Bonn, hat den Charakter als Geh. Med. Rath,

Dr. *K. L. Fürstner*, Prof. u. Director der psychiatr. Klinik zu Heidelberg, als Hofrath erhalten.

Correcturen.

In Band 45, S. 194*, Z. 3 v. u. muss es im Berichte über Blankenhain heissen „1881—1887".

Z. 2 v. u. „1881 Bestand 155, in 6 J. aufgenommen 269, abgegangen 161, blieben Ende Ende 1887 262".

S. 195*, Z 9 u. 10 v. o. „Bei 130 Gehirnsectionen zeigten sich 93 pathol. Befunde und nur in 2 Fällen war makroskopisch nichts nachzuweisen".

Der Einfluss des Climacteriums auf Entstehung und Form der Geistesstörungen.

Von

Dr. Matusch,

II. Arzt der Irrenheilanstalt Sachsenberg in Schwerin-Meckl.

Die Würdigung des Climacteriums als ätiologisches Moment ist verhältnissmässig neueren Datums. Während in den Lehrbüchern von *Friedreich, Dagonet, Falret, Spurzheim* u. A. noch nichts über die Einwirkung der Menopause erwähnt ist, haben die Jahrzehnte seit *Morel, Guislain, Tilt, Skae, Schlager* u. A. zahlreiche Bearbeitungen dieses Gegenstandes hervorgerufen, ohne indessen zu einer unbestrittenen Entscheidung darüber geführt zu haben, ob dem Climacterium, d. h. dem physiologischen Vorgange, eine active Rolle in der Aetiologie der Psychosen zuzuschreiben ist, ob nicht vielmehr die etwa vorhandene Steigerung in der Häufigkeit der Erkrankungen nur in einem lockeren zeitlichen Zusammenhange mit dem Fortbleiben der Menstruation steht und mehr mit der nun beginnenden Senescenz zu thun hat. Eine andere und noch weniger allgemein anerkannte Ansicht wurde ausgesprochen, dass den im Climacterium entstandenen Psychosen gewisse charakteristische Merkmale eigen sein, um die Aufstellung eines eigenen Krankheitsbildes, des climacterischen Irreseins, zu rechtfertigen.

Wenn ich den Arbeiten über Climacterium-Psychosen nach den vortrefflichen Untersuchungen *Schlager's*, *v. Krafft-Ebing's* u. A. eine neue hinzufüge, geschieht es vornehmlich deshalb, weil das mir zu Gebote stehende Material mir ganz besonders geeignet erscheint, den Einfluss des Climacteriums auf Entstehung und Form

der Psychosen zu prüfen, deshalb geeignet, weil es fast sämmtliche geisteskranke Frauen des Grossherzogthums Mecklenburg-Schwerin mit Ausnahme der Stadt Rostock umfasst, die sich in einem bestimmten Zeitraum in Anstaltsbehandlung befanden, weil es sich ausschliesslich um Frauen handelt, die aus ländlichen oder kleinstädtischen Verhältnissen stammen, nicht aus Grossstädten und Industriebezirken — ein Umstand, der für das Geschlechtsleben des Weibes von grosser Wichtigkeit ist — und weil die Frauen im Allgemeinen unter gleichen und günstigen socialen Bedingungen gelebt haben. Je kleiner die Zahl der wichtigen von aussen stammenden Factoren zur Entstehung von Psychosen ist: harter Kampf um das Dasein, Prostitution, Syphilis und ungesunde Lebensbedingungen, um so sicherer müssen sich Gefahren erkennen lassen, die der Frau aus den Umwälzungen in ihrem Organismus erwachsen.

Das Climacterium als Ursache zu beschuldigen, wird durch die Statistik nahe gelegt. Bei Frauen fällt die höchste Erkrankungsziffer auf ein höheres Alter als bei Männern (40—60 zu 20—40), um so mehr, wenn die progressive Paralyse bei dieser Berechnung ausgeschaltet wird. Wenn das climacterische Alter in der Statistik der Frauen allein nicht die höchste Stelle in Hinsicht auf das Alter der Erkrankung einnimmt, so zeigte die Curve der Ziffern doch einen sehr merklichen Anstieg. In der Zusammenstellung von *Tilt* (The change of life. 1882) über 1320 Frauen fällt die höchste Zahl 218 auf die Jahre 35—40, 162 kommen auf die Pentade 40—45, 122 auf die Pentade 50—55. Ebenso ist bei *Fuchs*[1]) die höchste Erkrankungsziffer in der Decade 30—40, die zweithöchste in 40—50, bei *Parchappe* die höchste in der Decade 50—60, bei *Kottlin*[2]) in 50—60, bei *Löwenhardt*[3]) in 40—55. Dies sind absolute Zahlen; wird die Abnahme der Lebenden in den verschiedenen Pentaden in Anrechnung gebracht, so ergeben sich Zahlen, die zu der Stipulirung eines gefährlichen Alters zwingen. Nach der Statistik des deutschen Reiches (deutsche Sterbetafel in den Jahren 1871—1881) leben von 1000 Neugeborenen weiblichen Geschlechts im 20. Jahre noch 623, im 30.

[1]) Citirt bei *Kisch*.

[2]) Bestand der Kranken in Württemberg i. J. 1840.

[3]) Zählung der Kranken Mecklenburgs 1865.

noch 576, im 40. 515, im 45. 485, im 50. 452, im 55. noch 413.

Mit Recht ist zur Erläuterung der psychischen Gesundheit des Weibes im Climacterium auch die Selbstmordstatistik herangezogen worden. Die Häufigkeit des Selbstmordes in den climacterischen Jahren betonen bereits *Schlager*[1]) und *Skae*, nach *Guttstadt*[2]) fällt die höchste Zahl bei Weibern in die Jahre 40—50 (bei Männern dagegen in die Jahre 50—60). Aehnliche Resultate, wenn auch mit kleineren Zahlen, haben *Esquirol* und *Morselli*. Die Preussische Statistik 1887 und 1888 weist nach, dass in den Jahren 1883 bis 1886 die Selbstmorde bei Frauen im Alter von 40—50 Jahren plötzlich anwachsen[3]).

	1883	1884	1885	1886
25—30	9,9	8,9	10,0	8,9
30—40	9,4	9,0	10,7	10,7
40—50	13,6	13,7	11,9	12,6
50—60	16,0	17,0	17,1	14,9.

Bei *v. Oettingen*[4]) kommen von 1000 Selbstmorden französischer Frauen die meisten auf die Jahre 41—50, ebenso bei sächsischen und württembergischen. Zugleich ergiebt sich aus seinen Tabellen die bemerkenswerthe Thatsache, dass bei Frauen der Selbstmord aus Geistesstörung fast die Hälfte aller Fälle beträgt, während sie sich bei Männern auf ein Viertel beschränkt. Dasselbe Ergebniss hat die Preussische Statistik.

Die Trunksucht erreicht nach *v. Oettingen* in England und Wales die grösste Höhe um das 51. Jahr. *Maudsley*[5]) rechnet die Neigung zu Trunk unter die wichtigsten climacterischen Erscheinungen.

Es liegt nicht im Plan meiner Arbeit, aus der Statistik den Nachweis zu führen, dass die Zeit der Menopause ein tempus minoris resistentiae ist, ich erwähne die Zahlen, weil sie für die in meinem Material gefundenen Zahlen zum Vergleich dienen sollen.

---

[1]) *Schlager*, Bedeutung des Menstruationsproc. etc. Allg. Ztschr. f. Ps. Bd. 15.

[2]) *Guttstadt*, Die Selbstmorde in Preussen i. J. 1877.

[3]) Zu ähnlichen Resultaten kommt *Westergaard*, Mortalität und Morbidität. 1882.

[4]) *v. Oettingen*, Versuch einer Moralstatistik. 1874.

[5]) *Maudsley*, The physiology and pathology of mind. 1868.

Tabelle I.

Alter der Erkrankung	Angeboren u. 1. Lebensjahr	2	3—6	7	8—10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Darunter mit Pubertät erkrankt	7	1	—	1	—	1	2	3	9	8	8	7	3	8	21	14	18	15	16	11
	—	—	—	—	—	—	2	3	9	8	8	7	2	3	1	1	—	—	1	1
Darunter zur Zeit der Menopause erkrankt	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Alter der Erkrankung	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
Darunter mit Pubertät erkrankt	8	11	18	11	18	6	13	13	12	10	13	7	16	6	18	11	7	11	15	12	9	5	13	9
	1	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Darunter zur Zeit der Menopause erkrankt	—	—	—	—	2	—	1	—	—	1	2	1	1	1	7	6	3	9	14	10	8	4	13	9

Alter der Erkrankung	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70 u. mehr	zwischen 15-20	zwischen 40-50	zwischen 50-60	Unbek.	
Darunter mit Pubertät erkrankt	11	7	12	3	3	4	6	7	1	2	6	7	5	2	4	1	1	2	1	3	12	3	4	16	3	= Sa. 551
	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	= Sa. 53
Darunter zur Zeit der Menopause erkrankt	11	7	11	3	2	4	6	4	1	2	4	6	3	1	1	1	—	1	1	1	2	—	3	11	1	= Sa. 179

Dasselbe umfasst 551 Krankheitsfälle, sämmtliche vom 1. Juli 1884 bis 31. Dec. 1888 in der Anstalt beobachtete Frauen. Ich habe in dieser Zeit sorgfältige Erhebungen über alle die Punkte gemacht, deren in der Folge Erwähnung gethan werden wird. Wenn ich mich auch in einer Anzahl von Fällen mit ungenauen Angaben begnügen musste, bleibt doch ein Material, über dessen Zuverlässigkeit mir kein Zweifel entstanden ist. Folgt Tab. I auf S. 352.

Tabelle II.

Alter der Erkrankung		
Angeb. —5	8	0—10 = 9
6—10	1	
11—15	23	11—20 = 73
16—20	47+3	
21—25	74	21—30 = 140
26—30	66	
31—35	54	31—40 = 114
36—40	60	
41—45	56	41—50 = 107
46—50	47 +4	
51—55	29	51—60 = 51
56—60	22 +16	
61—65	19	61— = 38
66—70 u. mehr	19	
Unbekannt	3	Unbek. = 3
	551	

Tabelle I giebt eine Uebersicht über das Jahr der Erkrankung sämmtlicher Fälle. Tabelle II nach Pentaden. Wesentliche Abweichungen von den anderswo gefundenen Zahlen ergeben sich nicht. Die Jahre des rüstigen Alters, 20—50, liefern die höchsten Zahlen, 20—30 die höchste mit 140, die beiden nächsten Decaden 115 und 106. Wenn hiernach gegenüber den Eingangs aufgeführten Zahlen eine Verschiebung der Werthe nach den jüngeren Jahren hin statthat, so erklärt sich dies wohl dadurch, dass meinen Erhebungen das Jahr der Erkrankung zu Grunde gelegt ist, während sonst die Ordnung nach dem Jahre der Aufnahme zu geschehen pflegt.

Anders gestaltet sich das Ergebniss in Bezug auf die in climacterischen Jahren Erkrankten. Die Zahlen scheinen von denen anderer Autoren in auffallendem Maasse abzuweichen. Zählt doch

v. *Krafft-Ebing*[1]) unter den 858 Frauen seiner Beobachtung nur 60 Fälle, in denen ein ätiologischer Zusammenhang mit Climacterium bestand und unter diesen 60 befanden sich überdies 40, in denen sich „theils angeborene, theils erworbene, jedenfalls schon lange vor dem Eintritt des Climacteriums bestandene Functionsstörungen im Bereiche des Centralnervensystems vorfanden". Ich bemerke voraus, dass ich alle diejenigen Fälle, unter die „mit Menopause Erkrankten" begriffen habe, deren Erkrankung mit der Menopause in zeitlichem oder in gewissem Grade auch symptomatischem Zusammenhange stehen. Ferner alle diejenigen, deren jetzige postclimacterische Erkrankung zwar zu Grunde gelegt ist, bei denen aber zur Zeit der Menopause Geistesstörung acuter Art bestanden hat. Deshalb hat es nichts Auffälliges mehr, unter dem Erkrankungsjahr „70 und mehr" zwei mit Climacterium Erkrankte figuriren zu sehen. Auch die Fälle habe ich mit einbeziehen zu müssen geglaubt, deren Geistesstörung zwar nach dem Climacterium manifest wurde, die aber seit demselben an Anomalien gelitten haben, als deren endlicher Abschluss die Psychose anzusehen ist. Andererseits habe ich alle Fälle nicht mit aufgeführt, bei denen regelmässige Menses bisher constatirt wurden, obschon sie sich bereits in den climacterischen Jahren befinden.

Solche Erhebungen sind äusserst erschwert. Ganz abgesehen davon, dass viele Frauen niederen Standes merkwürdig indolent hinsichtlich ihrer Menses sind und in der That nicht anzugeben wissen, wann sie cessirt haben, zeigt es sich oft unmöglich, das Jahr der Menopause selbst bei den zuerlässigsten Angaben zu bestimmen, weil die Menses allmälig versiegen, nach halbjährigen Pausen einige Monate hindurch regelmässig eintreten können, um dann wieder längere, selbst Jahre lange Pausen zu machen. Welches Jahr ist in diesem Biennium oder Triennium das Jahr der Menopause? Den Zahlen zu Liebe muss in solcher Lage etwas gewaltsam verfahren werden, ja es ist nicht einmal möglich, dies in einer Richtung zu thun, z. B. immer das Jahr zu wählen, wo die Menses definitiv aufhörten, denn ich habe mehrfach nach 4- und 5jährigem Cessiren und zweifelloser Menopause ein und mehrere

[1]) v. *Krafft-Ebing*, Ueber Irresein im Climacterium. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 34.

Male Blutabgänge, in letzterem Falle in den gewohnten Intervallen registriren können. Das Jahr zu nehmen, in dem die Menses spärlich und unregelmässig wurden, wie dies *Börner*[1]) und *Kisch*[2]) anrathen, geht nicht an, weil das Kriterium bei Geisteskranken sehr wenig stichhaltig ist. Noch unsicherer ist die Entscheidung, wenn regelmässige Blutungen im climacterischen Alter bei constatirten Uterusaffectionen, besonders Neubildungen, bestehen; hier können sie Jahre lang und mit grösster Regelmässigkeit in Frequenz und Abundanz fliessen, obgleich das climacterische Alter längst überschritten ist. Dass dies keine physiologischen Menstrualblutungen sind, liegt auf der Hand, aber wann haben die physiologischen aufgehört? Die Antwort: mit Auftreten der Neubildung, liegt nahe, aber die Neubildung kann sehr langsam gewachsen sein, und sie braucht nicht ein Zeichen climacterischer Involution abzugeben. Endlich gehören einige Fälle hierher, wo die Menstruation abnorm früh cessirte, bereits in den Zwanzigen oder Anfangs der Dreissiger. Involution braucht das nicht zu sein, eine der Frauen meiner Beobachtung hat nach frühzeitiger Menopause noch einmal geboren, aber hier fehlt jeder zeitliche Anhalt, die Erkrankung der Frauen in den Vierzigen mit Climacterium in Zusammenhang zu stellen.

Wenn sich bei einer solchen Frau in den Vierzigen Symptome einstellen, die den climacterischen gleichen, muss sie mit Recht als in climacterischen Jahren erkrankt angesehen werden.

Ich habe die Fälle, wie bemerkt, mit eingerechnet, wo die Erkrankung sich als Anschluss im Climacterium erworbener Anomalien darstellt. Es entsteht angesichts der grossen Häufigkeit nervöser Beschwerden in dieser kritischen Zeit die Frage, in wie weit sich diese Anomalien von den quasi physiologischen unterscheiden. *H. Kisch* behauptet, dass neun Zehntel aller Frauen mehr oder weniger an solchen nervösen, „hysterischen" Beschwerden zu leiden hätten, demnach müsste sich leicht bei jeder Frau, die nach dem Climacterium psychisch erkrankte, symptomatisch Zusammenhang mit ihm annehmen lassen. Ob *Kisch* indessen mit seiner Behauptung Recht hat, mag dahingestellt sein, das Publicum

[1]) *Börner*, Die Wechseljahre der Frau. 1886.

[2]) *Kisch*, Das climacterische Alter der Frauen. 1874.

Tabelle

Alter der Erkrankung		30	32	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
Erkrankt vor der letzten Menstruation	Unbek. vor	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	6	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—
	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—
	4	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—
	3	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	3	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1	1	—	3	—	—	1	—	—
	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	2	—	1	1	1	2	—	—
Zur Zeit der letzten Menstruation		2	1	1	2	—	1	—	4	2	2	6	10	6	1	1	6	3	6	1	3	1
Erkrankt nach der letzten Menstruation	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	—	1	1	1	2	—
	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	1
	mehr als 6 J.	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	3	—
	Unbek. nach	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	1	1
	Sa.	2	1	1	2	1	1	1	7	6	3	9	14	10	8	4	13	9	11	7	11	3

von Marienbad, das er ihr zu Grunde legt, ist gewiss nicht ein maassgeblicher Repräsentant der Frauen überhaupt, ebensowenig wie das Publicum einer Irrenanstalt. Immerhin ist die Vorliebe des Climacteriums für die Erzeugung nervöser Störungen viel zu gewiss, um nicht dazu zu berechtigen, eine Psychose, deren Prodrome im Climacterium ihren Anfang nehmen, mit ihm in ätiologischen Zusammenhang zu bringen.

Die vorstehende Uebersicht über das Verhältniss des Jahres der letzten als menstrual anzusehenden Blutungen zum Jahre der Erkrankung bedarf, so weit es sich um Erkrankungen mit gleichzeitigem und ein Jahr vor oder nach der Menopause erfolgtem Ausbruch der Psychose handelt, keiner Erläuterung, dagegen, aus welchen Gründen Fälle mit zwei und mehr Jahren vor Menopause als climacterisch figuriren. In den meisten und extremsten bestanden Uterusleiden und daraus resultirte Fortfliessen der Menses. Ich führe als Beispiele die beiden Fälle an, wo die Erkrankung im 41. Jahre und 6 Jahre vor Cessiren der Menses stattfand.

1) H., Arbeiterfrau, hat 2 mal abortirt, im 41. Jahre Ohnmachtsanfälle

III.

54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70 u. mehr	40—50	50—60	Unbek.	
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10
1	1	2	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	2	2	4	—	75
—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
—	1	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6
1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
—	—	1	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	9
—	2	2	2	1	—	3	3	1	1	1	—	—	1	1	—	—	—	7	1	33
2	4	6	4	1	2	4	6	3	1	1	1	—	1	1	1	2	3	11	1	=179

zur Zeit sehr abundanter Blutungen, die sich zu epileptischen menstrualen Anfällen steigerten. Seit 3 Jahren Uterusmyom. Die Kranke wurde magenleidend, melancholisch verstimmt. Délire de toucher. Aeusserungen, vom Manne vergiftet zu sein. ½ Jahr vor der Aufnahme unregelmässige, abundante Blutungen, bestehend bis zur Entlassung im 47. Jahre.

2) O. Wahrscheinlich von Kindheit an Masturbantin, jedenfalls seit Pubertät. Im 14. Jahre mit ersten Menses hysterisch, Fluor albus, blieb hysterisch und reizbar bis zum 45. Jahre, wo mit Menses schwere Angstzustände auftraten, deshalb Aufnahme. Der Zustand blieb unverändert durch 3 Jahre, dann wurden die Menses unregelmässig, Aenderung der Stimmung, Fortbleiben der Angstzustände und zugleich der Menses im 48. Jahre. Seit 3 Jahren ohne Menses, frei von Angst, aber jähzornige, frömmelnde, unverträgliche Masturbantin.

3) K., Aufseherswittwe, Mutter geisteskrank. Im 44. Jahre mitten in bisheriger Gesundheit Anfälle von Präcordialangst, Herzklopfen und Schwindelgefühl, später Ohnmachtsanfälle. Aufnahme. Im 46.—47. Jahre Spärlichwerden der Menses; doch erst im 51. Jahre letzte menstruale Blutung. Seitdem gleichmässig, ohne Schwindelanfälle, schwachsinnig.

4) S., Pastorsfrau. Mit 49 Jahren Unregelmässigwerden der Menses, mit 50—52 Congestionen, viel Kopfschmerzen, rasch zunehmende Kurzsichtigkeit, Ohrenreissen und Klingen, Schwindelanfälle; blieb so mit

Schwankungen bis zum 50., wo Selbstmordneigung die Anstaltsbehandlung erforderte. Letzte Menses im 56. Jahre. Nach 7 monatlichem Aufenthalt gebessert entlassen und seitdem (mehrere Jahre) relativ wohl.

5) B., Lehrerin. Im 6. Jahre kurze Zeit Chorea, im 15. (Pubertät) recidivirend und hartnäckiger. Galt immer als etwas sonderbar, seit dem 41. Jahre wurde dies auffälliger, doch hielt sich Pat. in ihrem Berufe bis zum 47., wo die Aufnahme nothwendig wurde. Anamnese, da sie sich als Erzieherin in Stellung befand, wenig genau. Sie selbst ist zu keiner Auskunft bereit. Die Menses sollen (nach ärztl. Attest) regelmässig sein. Seit der Aufnahme im 47. Jahre ist indessen keinerlei Blutabgang beobachtet worden.

Ich halte es vorderhand für unnöthig, weitere Fälle zu besprechen, die skizzirten sollen nur als Beispiele dienen, aus welchen Gründen ich Erkrankung und Menopause in Zusammenhang bringe, trotzdem der zeitliche Abstand beider ein so bedeutender ist, dass er auf den ersten Blick befremdet. Ich habe als Erkrankungsjahr stets dasjenige angenommen, auf das sich die wesentlichen Symptome zurückdatiren liessen, und ich betone, um allen Missverständnissen vorzubeugen, dass der Ausdruck climacterische Psychose in dieser Zusammenstellung nichts für die Entstehung aus Climacterium präjudiciren soll, noch für den Symptomencomplex. Ich gebrauche ihn nur als bequeme und kurze Bezeichnung.

Vor Allem scheint es wichtig, eine Frage zu berühren, die sich bei solchen Untersuchungen sofort aufdrängt: ist die Menopause bei Geisteskranken nach Zeitdauer und Form anders als bei geistig gesunden Frauen? Die Untersuchungen über die Zeit des Eintritts bei Gesunden ergaben im Allgemeinen schwankende Resultate. Nach *Cohnstein*[1]) ist die gewöhnliche Zeit das 43.—49. Jahr, im Ganzen schwankt sie vom 25. zum 59. Jahre. *Petrequin*[2]) fand sie bei der Hälfte der untersuchten Frauen im Alter von 45—50 Jahren eingetreten, bei $^1/_4$ im 40.—45., bei je $^1/_8$ im 35.—40. und 50.—55. *Kisch* nimmt als die bei weitem gewöhnlichste 46—50 Jahre an und als die ihr am nächsten stehende 41—45, an dritter Stelle steht 50—55, und an vierter 36—40. Nach *Krieger*'s Zusammenstellung gelten für Norddeutschland die gleichen Zahlen, wie sie *Kisch* angiebt, und es überwiegt die Pen-

[1]) *Cohnstein*, Zur Physiologie der Menopause. *Virchow*'s Arch. 61 Bd. 1.
[2]) *Petrequin*, cit. bei *Demange*.

tade 51—55 über die 41—45. Auch *Börner* hält 45—50 für Norddeutschland für das gewöhnliche Alter der Menopause. *L. Mayer* [1]) bezeichnet das 47. Jahr für Nord- und Mitteldeutschland als das arithmetische Mittel. Er erwähnt nur einen Fall, in dem die Menstruation bei negativem Befunde mit 53 Jahren noch bestand. Dieselbe Aeusserung macht *Scanzoni*. Unter den 551 Frauen meiner Beobachtung liess sich bei 176 das Jahr der Menopause mit Sicherheit ermitteln. Es hatten 70 Menopause im 46.—50. Jahre, 45 in den Jahren 41—45, 18 in den Jahren 36—40, 29 in den Jahren 51—55. Die Zahlen decken sich also ziemlich vollkommen mit den von *Kisch* genannten. Unter 35 Jahren Menopause hatten 6, darunter 2 im 26. Jahre. Jenseits des 55. Jahres trat bei 8 Cessatio mensium ein. Eine Vergleichung mit den Zahlen *Kisch*'s, *Brierre de Boismond*'s, *Puech*, *Hewitt* u. A., die sich bei *Kisch* zusammengestellt finden, hat mir keine erhebliche procentuale Verschiebung zu Ungunsten meiner Kranken ergeben. Doch muss ich dabei betonen, dass derartige Vergleiche nur mit grosser Vorsicht zu verwerthen sind, denn das bekannte Material über Zeit und Dauer des Climacteriums ist fast ausschliesslich gynäkologisch Kranken und nervösen Frauen entnommen. Zudem spielt Lebensweise, Klima und Nationalität eine so wichtige Rolle, dass correcter Weise nur Zahlen desselben Landes zum Vergleich herangezogen werden dürften. Hier aber lässt die Statistik mich im Stiche; sie müsste auch, da nach *Kisch* u. A. die Menopause durch schwere körperliche Arbeit (Feldarbeit) verfrüht wird, den Beruf, die Lebensweise, das Klima und die Nation berücksichtigen müssen, um allen Ansprüchen an Zuverlässigkeit gerecht zu werden. Ich habe deshalb auch Abstand nehmen müssen, die Dauer der Geschlechtsthätigkeit meiner Kranken zu ermitteln, so wünschenswerth es auch ist, weil kein Material Gesunder besteht, das den gefundenen Werthen zum Maassstabe dienen könnte. Die von *Guy*, *Tilt* u. A. gegebenen Zahlen betreffen andere Nationen, die *Mayer*'s höhere und mittlere Stände und grösstentheils Grossstädterinnen. Anzuführen wäre hierüber, dass *Mayer* Abweichungen der Eintrittszeit der Menstruation, besonders — menstruatio re-

[1]) *L. Mayer*, Die Beziehungen der krankhaften Zustände und Vorgänge an den Sexualorganen des Weibes zu Geistesstörung. 1870.

tardata — bei Geisteskranken gegenüber Gesunden nicht constatiren konnte.

Was die Eintrittszeit der Pubertät bei meinen Kranken angeht, habe ich bei 251 das Jahr genau erheben können.

			Procent der 251 Fälle
Im 11. Jahre	bei	1 =	0,4,
- 12. -	-	15 =	5,9,
- 13. -	-	17 =	6,7,
- 14. -	-	56 =	22,3,
- 15. -	-	78 =	31,0,
- 16. -	-	44 =	18,2,
- 17. -	-	19 =	8,3,
- 18. -	-	16 =	6,4,
- 19. -	-	7 =	2,9,
- 20. -	-	5 =	2,0,
- 21. -	-	2 =	0,9,
- 25. -	-	1 =	0,4.

Hierzu kommt noch Eine, die im 21. Jahre starb ohne bisher Menses gehabt zu haben. Die Zahlen weichen insofern von denen *Mayer*'s für Gesunde und Kranke der höheren und mittleren Stände ab, als das procentale Verhältniss ziemlich genau in meinen Zahlen um 1 Jahr nach unten verschoben ist.

Ebensowenig wie in der Zeit der ersten und letzten Menses Anomalien bei Geisteskranken nachzuweisen sind, lassen sich in Art und Dauer des Climacteriums bei Geisteskranken prägnante Unterschiede vom Gesunden auffinden. Gewiss sind Unregelmässigkeiten der Menstruation unmittelbar vor dem Climacterium bei ihnen häufiger als bei Gesunden, und die *Cohnstein*'schen Daten, dass durchschnittlich in 76 pCt. der Fälle das Climacterium allmälig, bei 24 pCt. plötzlich eintritt, treffen für sie nicht zu, weil regelmässige Menses bei ihnen überhaupt seltener sind. Fälle von plötzlicher Menopause habe ich nur selten beobachten können und immer besteht bei ihnen der Verdacht, dass die Cessatio keine rein climacterische, sondern eine durch die Psychose modificirte ist. Die Frauen sind leicht geneigt, jede Erkrankung, die mit Cessatio mensium einhergeht, als deren Folge anzusehen und so kommt Manche, die dem climacterischen Alter nahe, in die Anstalt

mit der Angabe, dass die plötzliche Menopause Ursache ihrer Erkrankung sei, während sich, nachdem sich der erste Sturm der Gemüthsaffection gelegt hat, die Menses wieder einstellen. Dass solche Fälle mit Climacterium zu thun haben, soll damit nicht von der Hand gewiesen werden, nur sind es keine, die die von *Kisch* betonte Schädlichkeit plötzlicher Menopause illustriren könnten.

Häufiger als bei gesunden Frauen scheinen mir Genitalerkrankungen zur Zeit und nach dem Climacterium bei meinen Kranken zu sein, ich habe unter 179 mit Climacterium Erkrankten 44 mal Lageveränderungen, Neubildungen, Metrorrhagien, gezählt. Da dies nur Kranke betrifft, die ihres Leidens wegen vor der Aufnahme gynäkologisch behandelt worden waren, deren Zustand in der Anstalt die Untersuchung nöthig machte, oder bei denen die Genitalaffection nach dem Tode nachgewiesen wurde, so ist diese Zahl nur als ein Theil der Gesammtheit zu betrachten. Wo weder ärztliche Untersuchung vorausgegangen war, noch etwaige Erscheinungen dazu drängten, habe ich keine Genitalexploration vorgenommen. Andererseits sind nach meiner Erfahrung die Fälle sehr selten, in denen die climacterische Zeit ohne eine Reihe von sexuellen Beschwerden vorüber gegangen ist, von denen besonders Fluor albus, eingreifende Menorrhagien und schmerzhafte Menses zu nennen sind.

Wie sehr die Complication durch Uteruserkrankung die Beziehung zwischen Psychose und Climacterium verwischt, zeigt ein Fall, den ich erst nach der Section als zu meinem Thema gehörig erkannt habe.

6) K., von Mutterseite belastet, Zahnarztfrau, 6 Kinder. Letzte Geburt im 45. Jahre, Eklampsie während derselben, im Anschlusse daran Melancholie. Aufnahme ½ J. p. p. Paranoia hall. Sehr regelmässige abundante Blutungen. Tod im 51. J. an Phthisis. Uterusmyom.

Die Dauer des Climacteriums unterliegt schon bei Gesunden so vielen Zufälligkeiten und ist so ungenau zu fixiren, dass die Zusammenstellungen darüber nur in geringem Maasse Vertrauen verdienen. Bei Geisteskranken sind die möglichen Fehlerquellen so bedeutend, dass ich Erhebungen darüber bald als werthlos aufgegeben habe. Zumal bei den Kranken, deren Aeusserungen vorzugsweise aus dem Sexualsystem Inhalt und Färbung beziehen, Hysterischen und Verrückten ist die Bestimmung der Dauer cli-

macterischer Beschwerden ganz unmöglich, und gerade diese stellen zu den s. g. climacterischen Psychosen das Hauptcontingent.

Bei allen mit der sexuellen Sphäre in Verbindung zu bringenden Erkrankungen ist die sociale Stellung der Frauen von Wichtigkeit. Dass die Frauen der gebildeten Stände mehr der Gefahr sexueller Erkrankung unterliegen, ist vielfach bestätigt, andererseits schafft auch schwere körperliche Arbeit und die aufgedrungene Vernachlässigung körperlicher Pflege nach Wochenbetten bei niederen Bevölkerungsklassen die Disposition dazu. Wenn ich aber Gewicht darauf gelegt habe, dass mein Material aus einer Bevölkerung entnommen ist, die im Allgemeinen wohl situirt ist und aus hygienisch, besonders was Frauen-Hygiene anbelangt, nicht ungünstigen Verhältnissen entstammt, so geschah dies wesentlich in dem Sinne, dass sie Frauenkrankheiten, Sexualanomalien im weitesten Sinne weniger ausgesetzt ist als jede Andere. Von meinen Kranken waren aus ländlichen, niederen Ständen: Tagelöhnerfrauen, Mägde, Hofgängerinnen, Dienstmädchen auf Gütern, Wirthschafterinnen, Bahnwärterfrauen und dgl. mehr, wie aus unten folgender Tabelle hervorgeht 87 von den 179 der Gesammtzahl, Schneiderinnen u. s. f. aus städtischen Arbeiterkreisen 18, aus dem meist in kleinen Städten wohnenden Handwerkerstande, kleinen Beamten etc. 37, aus gebildeten Kreisen vom Lande (Gutsbesitzer, Gutspächter) 15, aus städtischen, gebildeten Kreisen 22. Hierbei fällt die hohe Zahl der in ehelosem Stande Lebenden in die Augen: Verwittwete, Geschiedene und Ledige überwiegen mit 95 die verheiratheten 84. Mit dieser Thatsache ergiebt sich durchaus nichts Neues, nur muss ich erwähnen, dass in Mecklenburg die Zahl der ledigen nach der Meckl. Statistik nicht unerheblich geringer ist als in anderen Theilen des Reiches, besonders in grösseren Städten. Die Vulnerabilität in Bezug auf Psychosen der Ledigen und Ehelosen überhaupt wird durch diese Zahlen besonders beleuchtet. Die notorischen Puellae publicae darunter habe ich besonders erwähnt, ohne vorab auf sie Bezug zu nehmen, ebensowenig auf die weiter in der Tabelle angegebenen Zahlen der Geburten und Aborte, die ich zusammengestellt habe, weil auch der Zahl der Geburten und der Vertheilung derselben auf die Jahre der Geschlechtsthätigkeit des Weibes von *Kisch* u. A. Einfluss auf den Verlauf des Climacteriums zugeschrieben worden ist. Um aus dem Umstande, dass bei 4 Frauen

Tabelle IV.

Stand	Verheirath.	Verwittw.	Geschieden	Ledig	Sa.
Aus ländl. Arbeiter-etc. Kreisen	48	19	—	20	87
Aus städt. Arbeiter-etc. Kreisen	7	4	1	6	18
Aus Handwerkerstand, kleinen Beamten	16	16	2	3	37
Aus gebildetem Stande, Land	5	2	—	8	15
Aus gebildetem Stande, Stadt	7	4	2	9	22
	83	45	5	46	179
Darunter Prostituirte	1	1	—	2	4
Davon kinderlos	12	3	2	36.	53
- 1 Wochenbett	14	7	1	6	28
- 2 -	8	8	—	1	17
- 3 -	15	11	1	2	39
- 4 -	13	5	1	—	19
- 5 -	7	4	—	—	11
- 6 -	4	2	—	—	6
- 7 -	2	1	—	—	3
- 8 -	2	2	—	—	4
- 9 -	3	—	—	—	3
- 10 -	2	—	—	—	2
Unbekannt	1	2	—	1	4
	83	45	5	46	179
Davon letzte Geburt innerhalb eines Jahres vor Menopause	4	—	—	—	—
Davon innerhalb des 2. Jahres vor Menopause	2	1	—	1	—
Jenseits des 3. Jahres vor Menopause	59	37	5	8	—
Unbekannt vor Menopause	5	2	—	—	—

sich das Climacterium an Wochenbetten anschloss, bei 3 innerhalb des 2. Jahres post partum begann, Schlüsse zu machen, sind die Zahlen zu klein, immerhin bestätigen sie die Beobachtung *Cohnstein*'s [1]), dass nicht selten Menopause sich an spätes Wochenbett anschliesst, besonders wo es das erste in der Ehe ist. Vielleicht findet sich auch die Behauptung *Kisch*'s, dass lebhafter Geschlechtsgenuss vor den climacterischen Jahren das Climacterium verfrüht und modificirt, aus meinen Beobachtungen dadurch bestätigt, dass bei

[1]) *Cohnstein*, l. c.

3 Frauen die Heirath kurz vor dem Ausbruch der Erkrankung im Climacterium stattgefunden hatte.

Eins aber ergiebt sich aus den Erhebungen über die Kinderzahl, das zu erheblich und zu häufig vertreten ist, um zufällig zu sein, das ist die grosse Kinderzahl bei den Verwittweten. Dass sie über $^1/_2$ mal so oft unter den Erkrankten zu finden waren, ist nicht befremdlich, da es sich einerseits durchschnittlich um vorgeschrittene Lebensjahre handelt, andererseits weil Wittwen zum Selbstmord (*v. Oettingen*) und zum Irrsinn, gleich den Ledigen, ein grösseres Contingent liefern als die Verheiratheten. Dass aber von den erkrankten Wittwen die kinderlosen erheblich gegen die kinderlosen Ehefrauen zurücktreten, ihnen in Bezug auf Kinderreichthum aber gleichstehen, obgleich man bei ihnen naturgemäss weniger Kinder voraussetzen muss, als bei Ehefrauen, hat nach einer anderen Seite der Aetiologie hin Interesse. Nach *v. Oettingen* kommen in Preussen auf jede Ehe durchschnittlich 3,04 Geburten, bei meinen Kranken auf jede Ehe der verheirathet Aufgenommenen 3,20, der verwittwet Aufgenommen 3,05. Eine höhere Zahl von Geburten als durchschnittsgemäss (für preussische Bevölkerung) ist demnach bei meinen Kranken nicht vorhanden. Die Frage, ob zahlreiche Geburten das Climacterium beeinflussen, entscheiden zu wollen, liegt mir fern, es geht nur aus diesen Zahlen hervor, dass bei meinen Kranken dieser Factor im Allgemeinen nicht mitzuwirken scheint.

Die Resultate meiner Statistik und ihr Vergleich mit der Anderer ergiebt, was das Geschlechtsleben der Frau anbelangt, nicht viel Gravirendes. Weder die Eintrittszeit der Pubertät noch die Dauer der Geschlechtsthätigkeit noch die Zeit und Form der Menopause gestalten sich bei Geisteskranken in einem nennenswerthen Grade anders, als bei Gesunden: nur das ergiebt sich, dass sie mehr als Gesunde an Menstrualanomalien zu leiden haben und schwerer an den climacterischen Beschwerden laboriren, trotzdem sie aus Verhältnissen kommen, die Sexualerkrankungen im Allgemeinen wenig Vorschub leisten. Hierin unterscheiden sie sich aber nicht von den Geisteskranken im Allgemeinen. Sagt doch schon *Reil*, dass die beiden Pole des Körpers, Kopf und Geschlechtstheile in einer merkwürdigen Wechselwirkung zu einander stehen. Der Zusammenhang zwischen Genital- und psy-

chischen Anomalien ist kaum mehr streitig. Ich beabsichtige nicht der Frage näher zu treten, welche von beiden Anomalien die primäre ist, indessen muss ich als auffallend die Thatsache bezeichnen, dass bei den im Climacterium Erkrankten Abnormitäten in den Functionen des Genitalapparates häufig mit der Pubertät beginnen, namentlich dass, wo der Verlauf des Climacteriums ungewöhnlich war, auch die Pubertät mit besonderen Beschwerden verbunden war. Dies eigenthümliche Wechselverhältniss zwischen Pubertät und Climacterium ist von vielen Beobachtern bestätigt und prägt sich in mehr als einer Beziehung aus. Am wenigsten scheint die Zeit der Pubertät auf die Zeit des Climacteriums von Einfluss zu sein, wie aus den sorgfältigen Untersuchungen von *Kisch* hervorgeht, „die Annahme, dass je früher die Pubertät eintrete, um so früher die Menopause und je später die Pubertät, um so später die Menopause, ist nur in Bezug auf klimatische Einflüsse richtig", sonst aber scheint ein frühes Auftreten der Pubertät mehr ein Zeichen eines kraftvollen und lange währenden geschlechtslebens abzugeben, vorausgesetzt, dass die Pubertät nicht abnorm früh eintrat, umgekehrt zu spätes Eintreten das Zeichen einer kurzlebigen und schwachen Sexualthätigkeit. Da sich meine und Anderer Zahlen in diesem Punkte nicht viel von denen Gesunder Frauen unterscheiden, so lässt sich entnehmen, dass die Zeit der Pubertät ebensowenig belangvoll für die Entstehung von Psychopathien ist wie die Zeit der Menopause. Anders aber die Umstände bei der Pubertät und den späteren Menstruationsphasen.

Kisch citirt eine Reihe von Beobachtern der Reciprocität von Pubertät und Climacterium in Hinsicht auf die Begleiterscheinungen und betont, dass erfahrungsgemäss Frauen, bei denen die Entwickelungszeit mit vielfachen Beschwerden einherging, bei denen die Menstruation unregelmässig und mit Schmerzen erfolgte, wo pathologische Veränderungen vorhanden sind und wo keine Geburten stattgefunden haben, unter weit mehr Beschwerden und Gefahren die climacterische Periode zu bestehen haben als andere. *Jung*[1]) spricht sehr apodictisch aus: Wer in den Entwickelungsjahren krank war, wird sicher wieder krank in dieser Zeit, wo die Frau aufhört Weib zu sein. Nach *Busch*[2]) kehren Lymph-

[1]) *Jung*, Die Paralyse der Frauen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 35.
[2]) Citirt bei *Kisch*.

erkrankungen in der Pubertät überstanden zur Zeit der Menopause gern wieder, *Tilt* beobachtete Furunculose in beiden Perioden, *Racibowski* die Wiederkehr von Anämie, *Hebra*[1]) Acne rosacea, *Börner* von Urticaria. Dies Zusammentreffen ist des Wunderbaren entkleidet, wenn man es als Aeusserung nervöser Störungen in beiden Phasen auffasst, die gleicher oder analoger Natur sind, betont doch *Arndt*[2]) die Möglichkeit des vicariirenden Eintretens von Hautleiden für hypokinetische und akinetische Vorgänge und erwähnt die Disposition zu Hautleiden bei Pubertät und während der Menses. *Börner*[3]) beschreibt das Vorkommen acuten umschlossenen Hautödems (*Quincke*) bei Menstruation und im Climacterium. Auf nervösem Gebiete spricht sich überhaupt die Gleichwerthigkeit beider Phasen in ihrer Einwirkung auf den Organismus deutlich aus. *Brierre de Boismond*[4]) beobachtete in 4 Fällen, wo Delirium zur Pubertätszeit bestanden hatte, Recidiv im Climacterium. Gewisse Psychosen etabliren sich mit Vorliebe während dieser beiden Phasen (*v. Krafft-Ebing*), die periodischen Psychosen (*Kirn* und *Wille*), die Zwangsvorstellungen (*Schüle, v. Krafft-Ebing* u. A.), gewisse Formen der Paranoia, so der chronische expansive Grössenwahn, Hysterie und Neurasthenie (*Arndt*). U. A. betont schon *Romberg* die Vorliebe für Hysterie bei „werdender und schwindender Geschlechtsreife". *Tilt* erwähnt das Auftreten von Schwindelanfällen zu beiden Zeiten. Schwindelanfälle zur Zeit des Climacteriums gehören zu den gewöhnlichsten Klagen in dieser Zeit, und es ist bedeutsam, dass diesem die Vorliebe der Pubertätszeit für die Manifestation epileptischer Constitution entspricht. Ist doch die erste Frage bei Epilepsie verdächtigen Erwachsenen, ob in der Pubertät oder früher epileptische Zustände zu beobachten waren und lenkt *Griesinger*[5]) die Aufmerksamkeit darauf, dass besonders bei Personen über 50 Jahren epileptische Schwindelanfälle oft verkannt werden und genaue Nachfrage zu halten ist, ob bei ihnen in der Jugend epileptische

---

[1]) *Hebra*, Handbuch der Hautkrankheiten.

[2]) *Arndt*, Lehrbuch der Psych.

[3]) *Börner*, Ueber nervöse Hautanschwellung als Begleiterscheinung der Mestruation und des Klimax. Referat.

[4]) Cit. bei *Kisch*.

[5]) *Griesinger*, Ueber einige epilept. Zustände. Arch. f. Psych. Bd. 1.

Anfälle bestanden haben. *Griesinger* spricht gradezu aus, dass es bei disponirten Individuen epileptische Erkrankung zu geben scheine, die durch die Involutionsperiode zur Erscheinung komme. Hierher gehört die Beobachtung von *Emminghaus*[1]) einer als Kind epileptisch gewesenen, 45jährigen, übrigens noch menstruirten Frau, die an plötzlichen Schweissen mit Schwindel erkrankte.

Alle diese Beobachtungen sagen nichts anderes, als dass beide kritischen Phasen die Prädilectionszeit für die hereditär-degenerativen Psychosen und Neurosen abgeben. Es handelt sich um eine Constitutionsanomalie, die sich einmal bereits in der Kindheit mit Idiotie und Epilepsie äussert, ein anderes Mal um die Pubertät mit Epilepsie, Neurasthenie oder Psychose mit Recidiven im erwachsenen Alter oder in der Involutionsperiode, ein drittes Mal, wenn die Individuen unter günstigen Verhältnissen gelebt haben, erst in dieser letzten Periode.

Bei meinen Kranken ist dies Verhalten deutlich ausgesprochen, trotzdem sie unter günstigen Verhältnissen gelebt haben. Erfahrungsgemäss stellt die Landwirthschaft die niedrigste Zahl zu den Geisteskranken (*Arndt*). Aus der Tabelle V folgt, dass 22 von

Tabelle V.

Von 179 schon früher erkrankt:	an Geistesstörung	an Krämpfen	Hemicranie-Kopfschmerz Schwindel	Nervenkrankheiten	Verbrechen	Sa.
Als Kind vor Pubertät	2	2	—	1	—	5
Zur Zeit der Pubertät	6	9	5	3	—	23
In jüngeren Jahren nach Pubertät	7	—	—	1	—	8
In mittlerem Alter	10	1	3	1	—	15
Nach Wochenbett	2	1	—	—	1	4
						55

179 zur Zeit der Pubertät an Psychosen oder Neurosen gelitten haben = 12,9 pCt. Als Kind, zur Zeit der Pubertät und in jüngeren Jahren 36 = 20 pCt., im Ganzen schon einmal vor und im rüstigen Alter erkrankt 55 = 30,8 pCt. Hierbei darf ich nicht unerwähnt lassen, dass ich nur die schwereren Formen von Nervenkrankheit und Nervosität, unter Kopfschmerzen nur die erwiesen

[1]) *Emminghaus*, Ueber epil. Schweisse. Arch. f. Psych. Bd. 2.

Hemicranischen subsumirt habe. Wenn es sich um so weit zurückliegende Zeiten handelt, wie bei meinen Kranken die Zeit der Pubertät ist, wenn man bedenkt, wie indolent die Bevölkerung grösstentheils in diesem Punkte ist, und dass vielfach auf eine bis in die Pubertät zurückgreifende Anamnese ganz und gar verzichtet werden muss, so ergiebt sich schon daraus, dass die angegebenen Zahlen wahrscheinlich um Vieles zu klein sind. Aus diesen Gründen habe ich es auch nicht unternommen, die Eruirung der einfachen, nervösen Beschwerden bei Eintrittszeit der Pubertät zu versuchen. Ich kann aber vermuthen, dass da, wo die Angehörigen zu berichten vermochten, die Kranke sei in dieser oder jener Zeit schon einmal nicht richtig im Kopfe oder nervenkrank gewesen, die Störung eine handgreifliche gewesen sein muss.

Einige meiner Fälle mögen das Verhältniss früherer Erkrankung zu der im Climacterium einhergehenden späteren illustriren:

7) Frl. E., Predigertochter, als Kind in der Nähe der Pubertät Schlafwandeln, in der Pubertät epileptische Krämpfe, nach der Pubertät nicht mehr. Gute Intelligenz. Gesund bis zum 48. Jahre, wo sie an mittelschwerem Typhus abdominalis erkrankte. Von da climacterische Beschwerden, Hemicranie, Congestionen, Schweissausbrüche, Depression. Menses dabei regelmässig. Im 50. Jahre wegen Melancholie mit schweren Angstanfällen, Teufelshallucinationen, lebhaften Gehörstäuschungen Aufnahme. Hier noch einige Male Menses, dann Cessation. In der Reconvalescenz ein tiefer Ohnmachtsanfall. Genesen nach drei Monaten, aber Fortbestehen der climacterischen Beschwerden, besonders der Schweissausbrüche am Oberkörper mit gleichzeitigem Schwindelgefühl und Hautsensationen. Continuirliches Zittern der Hände. Seit Beginn der Erkrankung im 48. Jahre Ohrenklingen, das in seiner Intensität anhält und bis jetzt, im dritten Jahre nach Menopause, fortbesteht. Nach der Entlassung im 50. Jahre Rückfall in Melancholie von gleicher Form wie die erste, mit baldiger Genesung in der Anstalt.

8) W., Lehrerin, Bruder starb durch Selbstmord. Pubertät im 16. Jahre. Im 45. Gelenkrheumatismus (?), Menopause im 50.; in den letzten Jahren vor derselben menstruale Anfälle von Präcordialangst, Entwickelung eines Ohrenleidens, das allmälig zu fast völliger Taubheit führte. Mit der Menopause zahllose hysterische Beschwerden, zunehmende Veränderung ihres Wesens. Aufnahme im 56. Jahre. Vergrössertes Herz, unreine Herztöne. Nach 4 Monaten ungeheilt entlassen. Hier mehrere hysterische Anfälle und ein hysteroepileptischer.

9) Fr. Sch., Erbpächterfrau, im 9. Jahre und später Krämpfe einige Jahre hindurch, angeblich in Folge von Scharlach. Galt immer als eigen-

thümlich. Nach den beiden Wochenbetten, die sie durchmachte, kürzere Zeit verwirrt (keine Anstaltsbehandlung). Pubertät im 14. Jahre, Cessatio mensium im 39. Jahre, seit etwa dem 38. Jahre langsam zunehmende Zwangsvorstellungen, Berührungsfurcht, Waschsucht. Deshalb im 40. in die Anstalt. Schmächtige Frau, die weit älter aussieht, als sie ist. Nach 3monatlichem Aufenthalt gebessert entlassen. Menses nicht wieder aufgetreten.

10) E., Beamtentochter, ledig, als Kind Starrkrampf. Pubertät im 16. Jahre. Typhus im 17. Jahre, im Anschlusse an ihn längere Zeit, etwa $^1/_2$ Jahr, psychisch verändert, dann gesund bis zum 44. Jahre, wo Ulc. rot., Abmagerung, Ohrenklingen, Gehörstäuschungen, Angst, Schlaflosigkeit, besonders Nachts Zuckungen durch den Körper, Schreikrämpfe. Menopause einige Monate vor der Aufnahme. Hier noch 1 mal eine Blutung. Jetzt 46 Jahre alt, hallucinatorische leidenschaftslose Verrücktheit.

11) V., ledig, Wirthschafterin. Als Kind Kyphoskoliose erworben. Erste Menses im 25. Jahre, im 44. durch aufreibende Krankenpflege erkrankt, anfangs melancholisch, jetzt maniakalisch. Menses unregelmässig, abundant geworden trotz zunehmenden Körpergewichtes, zugleich Bartwuchs im Gesicht. Herzfehler.

12) Fräulein S., ledig. Pubertät im 16. Jahre, vom 16.—17. Jahre epileptische Krämpfe. Im 36. erste Erkrankung in Form von Paranoia, Erotomanie. Nach Anstaltsbehandlung anscheinend Genesung. Menses im 43. Jahre unregelmässig, im 44. neuerdings Erkrankung und Aufnahme. Gestorben nach 3monatlichem Aufenthalt. Hier keine Menses.

13) G., ledig. Schneiderin. Vater litt an Schwindelanfällen. In der Kindheit oder zur Zeit der Pubertät Krämpfe. Immer beschränkt. Im 41. Jahre Cessatio mensium. $^1/_2$ Jahr später Aufnahme wegen Melancholie mit starken hysterischen Erscheinungen. Pubertät im 12. Jahre. Menses treten nach der Aufnahme noch im 43. Jahre 3 mal auf, sowie eine einmalige Blutung im 47. Jahre. Im 45. Jahre ein starker Schwindelanfall.

14) Arbeiterwittwe W. hat von der Pubertät im 12. Jahre ab einige Jahre an Schreikrämpfen mit Bewusstseinsstörung oder auch Bewusstseinsverlust gelitten, 4 Kinder. Menopause im 36. Jahre, doch hat Pat. noch nachher geboren. Im 55.—56. Jahre beginnende Erkrankung mit Angst, Schlaflosigkeit, später das Bild der hallucinatorischen Verrücktheit, mit der sie im 58. aufgenommen wurde. Vom 54. Jahre ab bis zur Ausbildung der Paranoia Schreikrämpfe wie zur Zeit der Pubertät.

15) M., Tagelöhnerfrau, Epilepsiebelastet. Als Kind und zur Zeit der Pubertät Krämpfe (im 14. Jahre), seit dem 37. Jahre wieder auftretend. Mit 41 Jahren aufgenommen. $^1/_2$ Jahr nachher Menopause, Ulcus rotundum (?). Frühzeitig gealterte, abgearbeitete Frau. Schwindelanfälle. Jetzt 43 Jahr keine Menses mehr. Nur im 42. Jahre einmaliger Blutabgang. Vitium cordis. Schwachsinnig.

16) Str., Arbeiterfrau. Im 16. Jahre (Pubertät) Krämpfe, später immer

gesund. Im Climacterium, das angeblich erst im 55. Jahre erfolgt sein soll, Haematemesis, Schwindelanfälle, Ohrensausen, Kopfschmerzen, Angst, Wahn der Verarmung und Untreue des Mannes. Nach langsamer Entwickelung im 66. Jahre Aufnahme. Hier baldige Beruhigung und Rückkehr zum Manne. Keine Heilung.

17) Frau H., Kaufmannswittwe, während der Pubertät schwermüthig. Menopause um das 50. Jahr. Seit dem 49. Jahre beginnende Melancholie. Selbstmordneigung, dann Paranoia. Im 50. Jahre Aufnahme. Im 51. Jahre ein epileptischer Anfall in der Anstalt (Bewusstseinsverlust und Zuckungen), der sich nicht wiederholt hat. Jetzt 58 Jahre. Chronische Paranoia.

18) Frau J. Als Mädchen seit der Pubertät Hemicranie, im 20. Jahre Typhus, im 55. Jahre Aufnahme wegen Par. hall., die sich innerhalb der letzten Jahre entwickelt hatte. Pubertät im 15. Jahre. Zeit der Menopause unbekannt. Jetzt 69 Jahre alt. Verblödete Verrückte.

19) Frau R., Predigerfrau. Seit Pubertät Hemicranie. Im 54. Jahre Menopause (zugleich besteht Retroflexio uteri). Paranoia seit dem 52. Jahre etwa beginnend, im 54. Jahre deswegen Aufnahme.

20) Frau Kl., Lumpensammlerin. Ueber die Jugendzeit wenig bekannt. Unglückliche Ehe, weil der Mann Trinker war. Im 33. Jahre, 2 Monate nach Wochenbett, Versuch sich und ihre Kinder zu ertränken. Sie allein gerettet. 5 Jahre Zuchthaus. Menopause im 51. Jahre. Gilt seit Anfang der 50ger als verrückt. Aufnahme im 60. Jahre. Jetzt 63 Jahre. Im 61. Jahre ein Ohnmachtsanfall.

Dass es sich in diesen Fällen, wo die Disposition zu Erkrankung sich im Kindesalter, in der Entwickelungszeit oder unmittelbar im Anschlusse daran kundgiebt, um eine ererbte und angeborene Anomalie handelt, lässt sich aus der Art der Erkrankung bereits entnehmen, die Hauptrolle dabei spielt Epilepsie und Idiotie. Der Einfluss der Erblichkeit lässt sich durch folgende Uebersicht der Hereditätsverhältnisse bei meinen Kranken darstellen.

Von den 179 in Rede gestellten Kranken waren

Nicht belastet	64	= 35,7 pCt.,
Heredität unbekannt	18	= 10,1 pCt.
von Vater Seite belastet		14,
von Mutter Seite belastet		32,
von Geschwister Seite belastet . .		22,
von Vater und Mutter Seite . . .		6,
von Vater und Geschwister Seite .		9,
von Mutter und Geschwister Seite .		9,
von Vater, Mutter, Geschwister Seite		5.
		179

Belastung von Vater Seite überhaupt 34 = 19 pCt.,
Belastung von Mutter Seite überhaupt 52 = 29 pCt.,
belastet überhaupt waren . . . . 97 = 54,9 pCt.
Nach Abrechnung derer, wo Heredität unbekannt, 66,3 pCt.
Bei den Belasteten allein war die Belastung
von Mutter Seite in 54 pCt.,
von Vater Seite in 35 pCt.

Von den 36 in der Kindheit, Pubertät oder in jüngeren Jahren kurz nach der Pubertät Erkrankten waren

nicht belastet	6,
Her. unbekannt	3,
belastet von Vater Seite	4,
belastet von Mutter Seite	5,
belastet von Geschwister Seite	6,
belastet von Vater und Mutter Seite	1,
belastet von Vater und Geschwister Seite . . .	4,
belastet von Mutter und Geschwister Seite . .	3,
belastet von Vater, Mutter und Geschwister Seite	4,
Sa.	36.

Während sich bei den gesammten 179 Erkrankten die Zahl der nicht Belasteten zu den Belasteten verhält wie 64:97 = 1:1,51, ist das Verhältniss bei der zweiten Kategorie 6:27 = 1:4,5 und im Allgemeinen überwiegen procental die von mehr als einer Seite Belasteten gegenüber den Kranken, die nicht vor der climacterischen Psychose erkrankt waren, es sind hier ein Drittel der Gesammtheit, dort ein Sechstel.

Die Belasteten von Mutter Seite stehen mit 29 pCt. Aller an der Spitze = 54 pCt. der Belasteten allein, dann folgen die von Vater Seite mit 34 = 19 pCt. Aller und = 35 pCt. der Belasteten allein. Von den Belasteten hat demnach über die Hälfte ihre schlechte Organisation der Mutter zu verdanken. Vorzugsweise erben die Töchter ihre neuropathische Diathese von der Mutter (*Arndt*).

Bei den Kranken, in welchen sich die Degeneration durch frühzeitige Erkrankung offenbarte, beträgt die Zahl der von Mutter Seite Belasteten 13 = ½ aller Belasteten, die Zahl der von Vater Seite gleichfalls 13 (die mit unbekannter Heredität sind dabei nicht in Betracht gezogen).

An sich ist der Procentsatz der Belasteten im Vergleich mit anderen Angaben nicht übermässig hoch, er weicht wenig von den sonst (*Hoffmann, Tigges* u. A.) gegebenen Durchschnittszahlen ab, es leiden nach *Westphal* 50 pCt. aller Geisteskranken an angeborenen oder ererbten Neuropathien. Eine umfassendere Aufnahme der Anamnese als sie bei dem äusserst einfachen Aufnahmemodus der Anstalt Sachsenberg nicht selten möglich ist, würde die Zahl der Belasteten bedeutend erhöht haben. Zudem erschwert die Indolenz und Schwerfälligkeit der Landbevölkerung die Orientirung über anamnestisch Wichtiges in hohem Maasse. Die statistischen Angaben über den Einfluss hereditärer Belastung schwanken in so weiten Grenzen, dass dem Umstande, Heredität sei bei 54,2 pCt. der Kranken nachgewiesen, keine grosse Bedeutung beizumessen ist. Ich lege deshalb mehr Werth auf die Resultate, die der Vergleich der Zahlen meines unter gleichen Bedingungen gesammelten Materials unter sich ergiebt, als auf die absoluten, die nur durch den Vergleich mit anderen, aber unter anderen Bedingungen erhaltenen Zahlen Werth gewinnen können.

Die Heredität derjenigen Kranken, bei denen das Climacterium in ätiologischer Hinsicht nicht in Betracht kommt, gestaltet sich folgendermaassen:

nicht belastet	125,
Heredität unbekannt	32,
belastet von Vater Seite	40,
belastet von Mutter Seite	74,
belastet von Geschwister Seite	30,
belastet von Vater und Mutter Seite	23,
belastet von Vater und Geschwister Seite	16,
belastet von Mutter und Geschwister Seite	21,
belastet von Vater, Mutter und Geschwister Seite	11,
Sa.	372.

Die nicht Belasteten verhalten sich hier zu den Belasteten wie 1:1,72. Die Belasteten betragen zur Gesammtheit 58,0 pCt., es fanden sich demnach bei den nicht Climacterischen etwas mehr belastete, als bei Climacterischen, doch ist der Unterschied nur gering. Wenn es gestattet ist, aus diesen Zahlen Schlüsse zu machen, so wären es die, dass die meist belasteten Kranken in Kinderzeit, in oder um Pubertät erkranken und krank bleiben, die

minder schwer belasteten erkranken, um gesund zu werden, aber um das Climacterium von neuem erkranken, die nächst schwer belasteten vor der Zeit des Climacteriums erkranken, die mindest belasteten erst im Climacterium, sowie dass die Gefahren, die das Weib in seinem Leben bedrohen, das Material sieben und das Climacterium das letzte Sieb ist, das die Widerstandsfähigen von den Unfähigen sondert.

Danach müssten bei Kranken, die jenseits des Climacteriums und ohne ätiolgischen Zusammenhang mit ihm erkranken, das Verhältniss der nicht belasteten zu den belasteten einen Bruch mit einem grösseren Zähler darstellen. Es verhält sich in der That so: von 29 zu dieser Kategorie gehörigen Kranken war Heredität bei 3 unbekannt, bei 14 nicht vorhanden. Das Verhältniss der unbelasteten zu den belasteten wie 1:0,85, der Procentsatz der belasteten zur Gesammtzahl 41,4 pCt. Ich bin mir wohl bewusst, dass die Zahlen viel zu klein sind, um nicht Fehlerquellen des Zufalls grossen Spielraum zu geben, und dass die Erhebung der Heredität mit dem Alter der Kranken in wachsendem Grade ungenau wird, weil die Zeugen abnehmen. Indessen wird dieser Fehler zum Theil dadurch aufgehoben, dass mit dem Alter der Erkrankten die Zahl der Erkrankungsfälle in ihrer Familie wachsen muss. In Uebereinstimmung damit steht, dass bei dieser letzten Kategorie die Belastung durch Geschwister allein unverhältnissmässig oft vertreten ist, in 4,1 pCt., bei der ersten Kategorie der nicht Climacterischen inclus. der genannten nur noch 1,3 pCt. Auch *Fürstner*[1]) sagt, dass die Heredität für die senilen Psychosen eine weniger bedeutungsvolle Rolle spielt, als in den übrigen Lebensperioden.

Die kürzlich von *Campbell Clark*[2]) ausgesprochene Ansicht, dass bei climacterischen Menschen Heredität schwach ausgeprägt sei, kann ich nach den vorstehenden Ergebnissen nicht für richtig halten. Sie widerspricht auch der Ansicht anderer Autoren gradenwegs, nennt doch *Schüle*[3]) das Climacterium und das Senium die gewichtigste Etappe für die Entwickelung resp. den Abschluss

---

[1]) *Fürstner*, Ueber die Geistesstörung des Seniums. Archiv f. Psych. 1889.

[2]) *Campbell Clark*, The sexual and reproductive functions normal and perverted, in relation to insanity. The journ. of ment. science. 1888.

[3]) *Schüle*, Klinische Psychiatrie.

der hereditären Neurose. *Krafft-Ebing*[1]) findet bei 60 deren 25 belastet, 22 fraglich, 13 nicht belastet. Schon *Blandford*[2]) betont, dass in vielen Fällen hereditäre Belastung mitwirke.

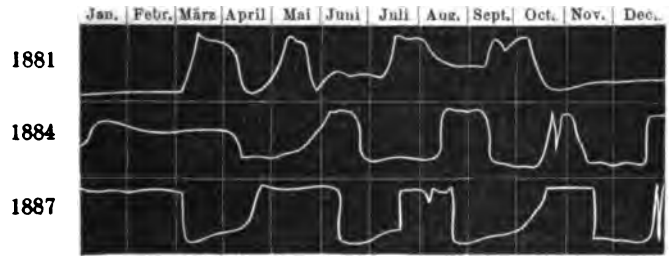
Wenn wirklich Heredität bei den climacterisch Erkrankten schwach vertreten wäre, würde es unerklärlich sein, dass Climacterium, wie die Pubertät, das Prädilectionsalter für den Ausbruch hereditärer degenerativer Psychosenformen abgeben. Das aber ist eine unbestrittene Thatsache. Das nach *Falret* „eminent hereditäre" circuläre Irresein tritt nach *Wille*[3]) am häufigsten während der psychologischen Entwickelungsphasen auf. *Schüle* betont die hereditäre Grundlage der periodischen Psychosen. Der gleichen Ansicht ist *Pick*[4]), während allerdings *Emmerich*[5]) das Climacterium unter Aetiologie nicht erwähnt. *Kirn*[6]) stellt an die erste Stelle die Pubertät, an die zweite das Climacterium und citirt die Aeusserung *Morel's*, dass die psychische Degeneration sich in das Gewand der periodischen Psychose kleide.

Ich lasse hier einen Fall folgen, der in mehr als einer Hinsicht eine Bestätigung für das Vorhergesagte abgiebt.

21) Br., Arbeiterfrau, von Vater Seite belastet, Pubertät im 14. Jahre, Menopause im 47. Jahre. Erkrankte im 20. Jahre an Melancholie, die nach 2—3 Jahren Dauer zur Genesung führte, sie hatte indessen in den folgenden Jahren nach der Entlassung fast in jedem Jahre eine Periode leiser melancholischer Verstimmung. Im 26. Jahre verheirathet. Im 28. Jahre Entbindung ohne Folgen. Im 43. Jahre, 1872, trat eine stärkere Depression auf, doch war Anstaltsbehandlung nicht nöthig. Dann völlig frei bis zum 49.—50. Jahre, wo tiefe Melancholie eintrat, die nach etwa 8monatlicher Dauer in heitere Erregung umschlug. In diesem Zustande im 51. Jahre Aufnahme. Hier gestaltete sich der Wechsel ohne deutliche Regelmässigkeit aber mit sehr jähen Uebergängen von einer Phase zur anderen ohne ruhiges Intervall. Seit fast 8 Jahren wiederholen sich die Anfälle mit fast photographischer Aehnlichkeit der melancholischen Phasen unter sich und der maniakalischen. Nach dem Vorschlag *Arndt's* graphisch dargestellt, bildet der Zustand der Patientin in den Jahren der Beobachtung folgende Curve:

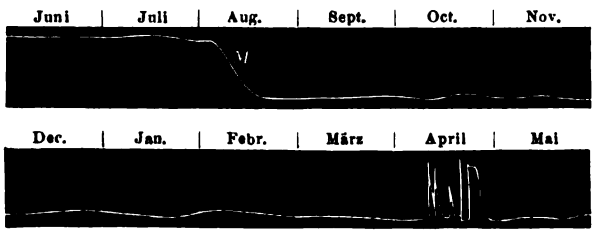
---

[1]) r. *Krafft-Ebing*, Ueber Irresein im Climacterium.
[2]) *Blandford*, D. Seelenstörungen und ihre Heilung. 1878.
[3]) *Wille*, Paralyse, Manie etc. Sep.-Abdr. aus der G. Med. Ztg. 1884.
[4]) *Pick*, Circuläres Irresein. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 43.
[5]) *Emmerich*, Cyclische Psychosen. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 38.
[6]) *Kirn*, Die periodischen Psychosen. 1878.



Ein gewisser Rhythmus lässt sich nicht verkennen, wenn er auch nur in einzelnen Jahren deutlicher zu Tage tritt. Zugleich aber scheint eine Tendenz zu jäheren Uebergängen, zu Kürzerwerden der einzelnen Phasen und zu Oscilliren der Stimmung zwischen je zwei Phasen vorhanden zu sein. Hier handelt es sich um einmalige Erkrankung bald nach Pubertät bei einer Belasteten. In der Periode des rüstigen Alters wird die Psychose periodisch, im Climacterium in ausgesprochenem Maasse cyclisch, um so zu bleiben.

22) Ein zweiter Fall, der hierher gehört, ist die Beobachtung Frl. E. Auch hier entwickelte sich unter dem Einflusse hereditäter Belastung (von Mutter Seite) in der Pubertät melancholische Verstimmung, im 24. Jahre schwere Melancholie, mit gelegentlicher schmerzlicher Verstimmung bis zum 27. Jahre, von da ab Wohlbefinden bis zum 47. Jahre, wo zugleich mit Cessiren der Menses cyclische Psychose auftrat und mit jähen Uebergängen und schweren Erscheinungen bis jetzt verläuft. In der melancholischen Zeit ist die Kranke tief verstimmt, angstvoll, sie solle in die Sonne geworfen werden und verbrennen, hat starke Neigung zu Selbstmord und macht gefährliche Versuche andere umzubringen, in der exaltirten Zeit ist sie witzelnd, jovial, erotisch, schmiert und zerstört. Der bisherige Verlauf erhellt aus folgender Curve:



In der ersten Beobachtung Br. brach die cyclische Psychose etwa 2 Jahre nach den letzten Menses aus, in der zweiten mit

ihnen fast gleichzeitig (hier wurden nur noch zwei vereinzelte Blutungen bemerkt), in einer dritten Beobachtung (No. 2, O.) fällt die Erkrankung in die 3 letzten Jahre der Menses. Periodisch treten melancholische Angstzustände auf, die mit Einsetzen der Menstruation einer ruhigen, heiteren, zuweilen zänkischen Stimmung Platz machen. Im 45. Jahre Aufnahme, im 48. Jahre Menses spärlich, selten, Fortfall der periodischen Verstimmung, gleichmässiges, unverträgliches, unzufriedenes, rechthaberisches Wesen, noch 2 Mal menstruelle Blutungen ohne Verstimmung.

Der Fall ist nicht nur ein Beispiel für den Einfluss des Climacteriums auf das Entstehen cyclischer Formen, sondern erläutert eine interessante Erscheinung, auf die meines Wissens bis jetzt kein Gewicht gelegt worden ist; ich meine das Auftreten s. g. Menstrualpsychosen in der Nähe des Climacteriums. Eine Erscheinung, auf die ich in einem späteren Theile meiner Arbeit zu sprechen kommen werde.

In einer Beobachtung, die ich als climacterisch nicht geführt habe, ist die Entwickelung sehr ähnlich, und es ist jedenfalls nicht von der Hand zu weisen, dass die Nähe des Climacteriums ätiologisch von Bedeutung ist.

23) G., von Vater und Geschwister Seite belastst, im 8. Jahre Typhus ohne Folgen, Pubertät mit viel nervösen Beschwerden im 19. Jahre. Im 41. Jahre mit Melancholie erkrankt, Aufnahme im 42. Jahre, Zurücktreten melancholischer Symptome, dafür mehr und mehr hysterische, seit dem 43. Jahre unregelmässige Schwankungen zwischen Deprimirtheit, Anklagen sich versündigt zu haben, scheuem hypochondrischen Wesen und Verliebtheit, Ausgelassenheit, selbst Schmieren, Zerstören und Gewaltthätigkeit, Menses immer unregelmässig, seit dem 45. Jahre ganz cessirend, zugleich in diesem Jahre Abblassen der Symptome, jetzt 47 Jahre, launisch, schwachsinnig, aber ohne deutliche cyclische Symptome.

Die cyclischen Erscheinungen, die sich bei climacterischer Erkrankung einstellen, brauchen nicht zu einer dauernden cyclischen Geistesstörung zu führen; öfter in meinem Material beginnt die Psychose nur mit einigen circulären Phasen, um dann einem gleichmässigen Bilde Platz zu machen. Wenn dies das Bild der secundären Schwäche ist, würde der Verlauf an sich nichts characteristisches haben, da ja ein grosser Theil — nicht der grösste — der cyclischen und periodischen Formen zum Endergebnisse einer

chronischen Demenz tendirt. In einzelnen Fällen aber ist das Ende nicht chronische Demenz, sondern Paranoia.

24) Frau Sch., Arbeiterfrau, von Mutter Seite belastet, als Kind rhachitisch, Kyphoskoliosis, über die Zeit der Pubertät nichts bekannt, kinderlose Ehe, Menses immer unregelmässig und schwach; im 40. Jahre Charakteränderung, im 42. Jahre plötzlicher Ausbruch von Melancholie. Aufnahme. Hier 3—4 cyclische Schwankungen mit Phasen von mehrmonatlicher Dauer, dann gleichmässiges Bild der Paranoia, Gehörstäuschungen, Wahn der Vergiftung, häufiges nächtliches Aufschrecken. Still, scheu, lässt sich nicht berühren und wischt an den berührten Stellen gern herum. Unverändert seit vielen Jahren. Jetzt 62 Jahre alt.

25) W., Aufseherfrau, von Geschwister Seite belastet, über das Vorleben wenig Sicheres bekannt, 2 Geburten, erkrankte nach Angabe des behandelnden Arztes mit Climacterium an Paranoia, die bald mit depressiven, bald mit maniakalischen Erscheinungen einherging. Aufnahme im 61. Jahre nach längerer Krankheitsdauer. Hier rascher Wechsel von Depression, wo sie ängstlich war, laut schrie, dass sie innen verbrenne oder verbrannt werden solle, und von heiterer Stimmung mit Neigung zu erotischen Witzeleien. Dauer der einzelnen Phasen ganz unregelmässig, Stunden bis Tage und selbst Wochen. Nach 6 Monaten ungeheilt und unverändert zurückgenommen.

In einem anderen Fall, den ich nicht als climacterisch betrachtet habe, weil der Anfang der Psychose auf das 40. Jahr zurückzuführen war, Menopause aber erst im 48. Jahre statthatte, der indessen vielleicht dazu gehört, weil sich die Anfangszeit des Climacteriums wegen der Unregelmässigkeit der Menses nicht zeitlich fixiren liess, zeigen sich ganz ähnliche Verhältnisse.

26) P., Predigertochter, soweit bekannt nicht belastet, Pubertät im 18. Jahre. Im 40. Jahre leise Anfänge der Psychose, zugleich Menses unregelmässig. Im 43. Jahre Aufnahme mit maniakalisch verrückten Symptomen, glaubt einen Pfarrer in S. zum Bräutigam zu haben, fanatisch fromm, singt stundenlang Hymnen, zänkisch, intolerant, bleibt so in der Anstalt $1^1/_4$ Jahr, dann für nahezu 5 Monate plötzlich melancholisch, klagt sich an, hält sich für eine Sünderin, beständig in Thränen, schweigsam, appetitlos. Allmälig in 14tägigem Ansteigen die frühere Stimmung. Zwei solche cyclische Phasen mit den gleichen Symptomen. Menses bis zum 46. Jahre unregelmässig, dann bis zum 48. Jahre sehr regelmässig aber schmerzhaft (Kreuz-, Kopfschmerzen), im 48. Jahre plötzlich cessirend. Jetzt 50 Jahre; seit der Cess. mens. (jetzt 2 Jahre) der Zustand maniakalisch — exaltirt gefärbte Verrücktheit, der voraussichtlich der dauernde sein wird. Im 41. Jahre lange Fluor albus, sonst keine Uterinleiden, doch ist keine Untersuchung vorgenommen.

In allen diesen Fällen, mit Ausnahme des letzten, spricht sich nicht blos in der Belastung selbst, mehr noch in der Art und Form der jetzigen und der früheren Erkrankungen die hereditäre Diathese aus. Fast bei allen war frühere Erkrankung nachzuweisen, was nach *L. Meyer*[1]) für jede cyclische Form gilt. Die frühere Erkrankung kann einfache Seelenstörung sein; sie ist in meinen Fällen sogar gewöhnlich nicht mehr, die Erkrankung im Climacterium tritt trotzdem in den Formen hereditär-degenerativen Irreseins auf.

Dies hereditär-degenerative Element in den climacterischen Psychosen prägt sich weiterhin durch die Beimischung hysterischer und epileptischer Züge im Krankheitsbilde aus. Ich betrete hierbei einen unsicheren Boden; Hysterie und Neurasthenie gelten als Ausdruck einer Constitutionsanomalie, nach *Arndt*[2]) ist die Neurasthenie der Ausdruck einer Hypotrophie des Nervensystems, zu der die chlorotisch nervöse Constitution die hauptsächlichste Veranlassung giebt. Alle Definitionen der Hysterie und Neurasthenie, die, wie *Eulenburg* betont, von einander abzugrenzen nicht möglich ist[3]), laufen darauf hinaus, dass sie eine prädisponirende hereditäre Anlage annehmen. *Amann*[4]) nennt die Hysterie eine in Entwickelung begründete eigenthümliche Organisation des gesammten Nervensystems in Verbindung mit veranlassenden Momenten. Nur darin weichen die verschiedenen Definitionen von einander ab, dass die einen dem Angeborenen, die anderen dem Erworbenen mehr ätiologische Wichtigkeit vindiciren. Hat nun *Kisch* mit seiner Behauptung Recht, dass neun Zehntel aller Frauen im Climacterium an nervösen Störungen leiden, so würden neun Zehntel aller Frauen neurasthenisch sein und mehr oder minder die Anlage dazu überhaupt besessen haben. Ich habe schon früher bemerkt, dass *Kisch*'s Material nicht maassgebend sein kann und seine Zahlen viel zu hoch gegriffen sein mögen, aber wegzuleugnen ist die Thatsache nicht, dass das Climacterium in ausserordentlich hohem Maasse die Entstehung von Neurasthenie (Hysterie und nervösen Symptomen im

---

[1]) *Meyer*, Ueber circuläre Geisteskrankh. Arch. f. Psych. Bd. 4.
[2]) *Arndt*, Die Neurasthenie. 1885.
[3]) *Eulenburg*, Lehrbuch der Nervenkrankh. 1878.
[4]) *Amann*, Einfluss d. weibl. Geschlechtskr. auf das Nervensystem. 1874.

weitesten Sinne) begünstigt, wie auch *Konrad*[1]), *Valentiner* u. A. anführen. Es ist hierbei nur die Frage, was von den Begleiterscheinungen für neurasthenisch zu halten ist. Ich muss wieder auf die Pubertät zurückgreifen; ein gesundes Mädchen wird von den Umwälzungen in seinem Organismus wenig berührt, ebenso wenig von den einzelnen Menstruationen. Mit der Ausbildung des Genitalapparats geht der Ausbau des übrigen Körpers harmonisch vor sich, erst dann zeigen sich nervöse Störungen, wo diese Harmonie durch das Zurückbleiben wichtiger Organe im Körper gestört ist. Ein Mädchen, das seine Pubertät in normaler Weise überstanden hat, wird ohne nervöse Beschwerden menstruirt werden, die Wochenbetten in normaler Weise abmachen und ohne nervöse Beschwerden das Climacterium überwinden, weil ihr Körper dem Abbau im Bereiche des Sexualapparats im wahren Sinne des Wortes gewachsen ist. Ist der Körper in der Pubertät wohl ausgebildet und später nicht in wichtigen Organen erkrankt, so ist das Climacterium für die Gesundheit dieser Frau ohne Belang. Freilich wird diese Harmonie einem grossen Theil der Frauen nicht geschenkt gewesen und bei einem anderen verloren gegangen sein, aber eine so grosse Mehrzahl wie *Kisch* angiebt, stellen sie nicht dar. Bei den wenigsten dieser Neunzehntel ist die Neurasthenie des Climacteriums etwas Neues in ihrem Leben. Mit anderen Worten, Neurasthenie, die mit dem Climacterium erst erscheint, ist nicht häufig. Dies entspricht der Erfahrung, dass das Auftreten von Hysterie [*Charcot*[2])], Hysteroepilepsie [*Gowers*[3])] und Neurasthenie [*Arndt*[4])] im späteren Lebensalter abnimmt. Da wo hysterische und neurasthenische Beschwerden mit dem Climacterium verbunden sind, bilden sie die Fortsetzung, Steigerung oder Recidive früherer. In einzelnen Fällen mag unter günstigen Bedingungen während des früheren Lebens die neurasthenische Diathese wenig Erscheinungen gemacht haben und die nun ausbrechende Neurasthenie als etwas Neues imponiren, in anderen aber als kürzlich erworben, in ganz vereinzelten erst durch das Climacterium

[1]) *Eugen Konrad*, Ueber d. Verhältniss der Krankh. der weibl. Sexualorg. zur Psychose. Referat.

[2]) *Charcot*, Klinische Vorträge über Krankh. d. Nervensystems. 1878.

[3]) Lectures on epilepsie.

[4]) *Arndt* (Neurasthenie).

mittelbar entstanden sein; mittelbar, weil zugleich in diese Zeit Erkrankungen anderer wichtiger Organe fallen, die an sich mit dem Climacterium ätiologisch nichts zu thun haben, den Organismus aber in gleicher Weise insufficient machen, wie die angeborene oder früher erworbene Disposition.

Die 55 meiner Fälle, in denen sich die neuropathische Constitution bereits durch frühere Erkrankung manifestirte, sind Beispiele für die erste Kategorie. Es gehören hierzu noch eine Reihe von Fällen, wo zwar keine eigentliche geistige Störung früher bestand, die Personen aber von jeher oder zu einer gewissen Zeit als sonderbar galten.

27) Sch., ledige Lehrerin, von Geschwister Seite und wahrscheinlich von Mutter Seite belastet, soll als Kind nicht wie andere Kinder gewesen sein, zur Zeit der Pubertät trotz guter Erziehung und des Ursprungs aus einer angesehenen Familie viele Liebesaffairen. Seit dem 44. Jahre Ohrenklingen, Sonderbarkeit, Charakteränderung, rasche Entwickelung von Verrücktheit, deretwegen sie aus ihrer Stellung entlassen werden musste. Zeit der Menopause nicht bekannt. Blieb als harmlos Verrückte in der Familie, bis zur Aufnahme im 84. Jahre im Zustande seniler Verwirrtheit.

28) Pl., ledig, von Mutter und Geschwister Seite belastet, Pubertät „spät". Gilt seit ihrem 20. Jahre als sonderbar, doch fleissig und ordentlich. Im 50. Jahre Menopause und Ausbruch von Geistesstörung (grosse Angst, Sinnestäuschungen, Grössenwahn, periodischer Stimmungswechsel), zugleich Aufnahme, jetzt im 52. Jahre, zeitweise Erregungszustände, megalomanische Verrücktheit.

29) L., Belastung wie bei 28), Arbeiterfrau, 5 Kinder, immer jähzornig und dumm, zum Theil deshalb unglückliche Ehe. Menopause im 44. Jahre, im Anschlusse daran hysterische Sensationen im Leibe und im Kopfe, im 46. Jahre Anfälle von Präcordialangst, dann Selbstmordneigung, Schlaflosigkeit, Zuckungen in den Gliedern, Wahn von Untreue des Mannes, wittert überall Feinde. Aufnahme im 48. Jahre.

30) H., unehelich geboren, Drechslerwittwe, 3 Kinder, Pubertät im 14. Jahre. Unglückliche Ehe, weil sie den Mann beständig mit Eifersucht ohne Ursache quälte, stets sehr religiös. Im 46. Jahre Melancholie, nach einjährigem Bestande Umschlagen in die entgegengesetzte Stimmung, verfolgte bestimmte Männer mit Heirathsanträgen, im 48. Jahre letzte sehr abundante Menses, im selben Jahre Aufnahme. Hallucinatorische, erotomanische Verrücktheit.

Ich zähle unter meinen Fällen im Ganzen 9 solche, in denen sich bei schwerer Belastung die constitutionelle Anomalie in psychischer Alienation von kürzerer oder längerer Dauer vor der

climacterischen Erkrankung äusserte. Auch die Fälle, in denen die Frauen in jungen Jahren Prostituirte waren, zähle ich hierher, mit um so grösserem Rechte, als sie auch von anderen Zeichen einer pathologischen Psyche nicht frei waren: die eine unverträglich, die andere Ehebrecherin.

In 2 Fällen äusserte sie sich durch Delirium während körperlicher Erkrankung, wofür folgender Fall als Paradigma gelten möge.

31) K., von Geschwister Seite belastet. In mittlerem Lebensalter nach einer angeblichen körperlichen Erkrankung [Typhus (?)] einige Wochen auffallend, Präcordialangst, deprimirte Stimmung, dann gesund bis zum 44. Jahre, wo durch Schreck (Ertrinken des Sohnes) Cessatio mens. und Ausbruch schwerer Melancholie. Herz gesund, keine Sexualerkrankung. Hier nach halbjährigem Aufenthalt genesen, aber nach wenigen Monaten im Recidiv wieder aufgenommen. Tod im 47. Jahre an Dysenterie. Keine Menses mehr.

In 3 Fällen litten die Kranken seit vielen Jahren an Kopfschmerzen, ohne hemicranischen Typus[1]).

32) Sch., von Vater Seite belastet (Vater geisteskrank). Angeblich stets geistig gesund, aber an habituellem Kopfschmerz leidend. Im 42. Jahre verheirathet, im 44. Jahre ziemlich plötzlicher Ausbruch der Psychose und Aufnahme. Anfangs Verdacht auf Paralyse wegen des Inhalts der Grössenideen und Pupillendifferenz; später gleichmässiger Verlauf einer unzugänglichen, lärmenden, hallucinatorischen Verrücktheit. Hier im ersten Jahre noch 2 Mal Blutabgänge, dann nicht mehr. Jetzt 48 Jahre.

33) G., Kutscherfrau, von Vater und Mutter Seite belastet, seit vielen Jahren periodische heftige Kopfschmerzen (ohne hemicranischen Typus). Pubertät und Menses normal, 5 Kinder, Erkrankung und Aufnahme im 50. Jahre. Im 51. Jahre gebessert entlassen; hier fünf Monate noch abundante Menses, dann nicht mehr.

Auch Kyphoskoliose, in jungen Jahren erworben, glaube ich hierher rechnen zu können, sie fand sich in 4 Fällen, deren einer (No. 3) übrigens mit Mitralinsufficienz complicirt war.

34) K., Dienstmädchen, Kyphoskoliose in der Kindheit, unbekannt wann, entstanden, Pubertät im 18. Jahre, Menopause im 39. Jahre, 2 Kinder, stets sehr geschlechtsbedürftig, doch nicht erweislich Prostituirte. Im 52. Jahre an Melancholie erkrankt mit starker Selbstmordneigung und Angstzuständen. Rasche Besserung, aber Rückfall nach einigen Monaten. Jetzt 55 Jahre, mässiger Schwachsinn, viel hysterische Züge, Schwindel, Globus, Gastricismen, Ohrensausen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, sexuelle Sensationen u. s. f.

[1]) Wo Hemicranie deutlich war, habe ich die Fälle unter früherer Psychoneurose rubricirt.

Ich rechne diesen Fall, obgleich nahezu 12 Jahre zwischen der Cessat. mens. und der Psychose liegen, zu den climacterischen, weil die Cessatio ungewöhnlich früh erfolgte und bei hochgradiger Skoliose schwerlich mit Climacterium identisch ist.

35) L., (Kypho-) Skoliose in den Entwickelungsjahren, von Mutter Seite belastet, Pubertät im 17. Jahre, 4 Kinder. Menopause (nach Angabe der Pat.) im 43. Jahre. Im 50. Jahre aufgenommen mit ausgebildeter Paran. halluc., die allmälig zum Ausbruche gekommen ist und deren erste Symptome um 2—3 Jahre zurückliegen.

Gemeinsam ist allen diesen Fällen die verspätete Eintrittszeit der ersten Menses (unbekannt, im 17., 18. und 26. Jahre) und die verfrühte der letzten (unter dem 40., unter dem 43., im 39. Jahre), nur in dem durch Mitralinsufficienz complicirten bestehen jetzt im 45. noch Menses, deren Natur aber zweifelhaft ist. Ich habe nicht in Erfahrung bringen können, ob dies eine gewöhnliche Erscheinung bei Kyphoskoliose ist, es ist auch wenig belangvoll, jedenfalls ist sie in meinen Fällen als ein hervorragendes Symptom einer gestörten Entwickelung zu betrachten.

In einem Falle bestand Gicht seit dem 25. Jahre, in zweien seit langer Zeit Asthma.

36) Sch., bis zum 50. Jahre angeblich bis auf Asthma stets gesund. Geisteskrankheit plötzlich zum Ausbruch gelangt (Hallucinationen des Gehörs, Wahn geschlechtlicher Angriffe). Hier noch einmal Menses. Fortbestand des Asthma. Im 51. Jahre hier ein Ohnmachtsanfall. Jetzt 57 Jahre alt. Hat äussere Haltung gewonnen und ist in Familienpflege untergebracht.

Wenn sich in diesen Fällen das Climacterium unter neurasthenischen Erscheinungen vollzieht, kann es nicht überraschen, denn es betrifft Personen, die ihre neuropathische Diathese bereits lange vor dem Climacterium documentirten.

In einer Reihe von Fällen scheint die Neurasthenie im Climacterium durch Dysmennorrhoe erworben zu sein, Indessen erzielt genaue Nachfrage, dass Unregelmässigkeiten des Monatsflusses bereits lange vorher bestanden haben, und die Sexualerkrankung erweist sich als Symptom, nicht als Ursache von Neurasthenie.

37) Frau O., von Vater und Geschwister Seite belastet, Pubertät im 15. Jahre, Menses immer unregelmässig und zuweilen schmerzhaft. Späte Heirath. 2 Geburten. Schmächtige, kleine Frau. Seit dem 38. Jahre keine Menses mehr. Im 39. Jahre acute Melancholie. Tod nach 6 Monaten an Nephritis.

Anders gestaltet sich die Schwierigkeit der Entscheidung, ob Ursache oder Symptom, wenn Organerkrankungen im Sexualsystem zur Zeit des Climacteriums bestehen, denen für gewöhnlich eine längere oder überhaupt vorclimacterische Entstehungszeit unterstellt werden muss. Derartige Affectionen (ohne Erkrankung anderer wichtiger Organe) fanden sich in 15 Fällen. Dennoch wird es sich auch in diesen Fällen nur selten um ein Novum in dem Leben der Frau handeln. Für die im Wochenbett resp. nach der Geburt entstandenen Läsionen mag das gelten, nicht aber für die Lageveränderungen und Neubildungen, bei denen auch seitens der Gynäkologen der ererbten Disposition ein nicht geringer Antheil zugeschrieben wird. In keinem ist über den Ursprung des Genitalleidens eine bestimmte Auskunft zu erhalten gewesen, nur in zweien sind infectiöse Processe wahrscheinlich die Ursache. Ich habe dabei alle zweifelhaften oder leichteren Erkrankungen ausgeschlossen und nur alle Neubildungen (Carcinom, Fibrom, Myom und Mischformen), alle Prolapse und die mit palpabler Uterusvergrösserung einhergehenden Knickungen, sowie alle Ovarialtumoren hierhergerechnet.

38) R., ledig, unehelich geboren, Pubertät unbekannt, erkrankt im Gefängniss, wo sie wegen Brandstiftung sass. Kinderlos, im 40. Jahre aufgenommen. Metrorrhagien, später im 43. Jahre nicht mehr; Uterusfibrom, alte Parametritis. Im 45. Jahre an Pneumonie gestorben.

39) V., Heredität unbekannt, im 43. Jahre in Untersuchungshaft erkrankt. Metrorrhagien, Retroflexio uteri, Metritis. Carcinoma mammae incip. Im 43. Jahre entlassen. Weiteres Schicksal unbekannt.

40) M., nicht belastet, bis zum 44. Jahre gesund. Da nach langer Obstruction schwere Typhlitis mit chronischer Perityphlitis. Im Krankenlager Angstzustand, später schwere Hysterie und Asthma, im 44. Jahre aufgenommen. Hier keine Menses, Retroflexio uteri, Metritis, im 46. Jahre Tod an Peritonitis.

41) R. Anamnestisch ist wenig bekannt, von Geschwister Seite belastet, ledig, 1 Kind, Climacterium im 45. Jahre. Vorher (unbekannt seit wann) Uterusprolaps, im Climacterium Trigeminusneuralgie, die noch jetzt besteht, zugleich bis zur Taubheit zunehmende Schwerhörigkeit, allmälig hallucinatorische Verrücktheit (Gehörstäuschungen), die im 57. Jahre Aufnahme nöthig machte. Jetzt, 68 Jahre alt, unverändert.

42) L., Bauernfrau, 6 Kinder, Mutter irre, bisher stets gesund. Menses ganz regelmässig, bis zum 55. Jahre, die letzten abundant und schmerzhaft. Drei Monate nach Cess. mens. Aufnahme wegen acuter Melancholie. Selbst-

mord nach 2monatlichem Aufenthalt. Uterusfibrom, Ovarientumor von Taubeneigrösse.

42) K., Bauernfrau, von Vater und Mutter Seite belastet, im Climacterium Uterus retrofl. und Metritis, letzte Menses im 52. Jahre. Seit Climacterium Hemicranie mit Erbrechen, bis zur Aufnahme im 72. Jahre wegen Altersblödsinn. Tod an Dysenterie.

Vielleicht gehört noch folgender Fall hierher.

44) Fr., von Geschwister Seite belastet. Pubertät im 12. Jahre, Arbeiterwittwe, Almosenempfängerin, 2 Kinder, letzte Menses im 36. Jahre angeblich in Folge eines Genitalleidens. Schwerhörigkeit, unbekannt seit wann. Im 63. Jahre Aufnahme wegen hallucinatorischer Verrücktheit. Jetzt, 67 Jahre, unverändert.

Ungemein hoch ist die Zahl derer, wo ausgebildete Herzfehler bei der Aufnahme oder im Climacterium im Allgemeinen bestand. Es fand sich bei 37 der Kranken, die nicht schon früher erkrankt waren, also 37 von 121 = 30,6 pCt. In nur einem dieser Fälle liess sich Rheumatismus articulorum als Ursache des Herzfehlers auffinden.

45) Fr. Sch., von Geschwister Seite belastet, Beamtenfrau, 5 Kinder, seit den vierziger Jahren Rheumatismusanfälle. Im 55. Jahre plötzliche Erkrankung an Melancholie, Menopause „seit einigen Jahren". Hypertrophie des linken Ventrikels erst bei der Aufnahme constatirt. Baldige Beruhigung, aber keine Heilung.

Von den übrigen Fällen hebe ich als Beispiele folgende heraus.

46) M., Beamtenwittwe, von blutsverwandten Eltern, kinderlos, erst im 50. Jahre verheirathet. Menses sollen noch einige Jahre in der Ehe bestanden haben; im Anschlusse an das Climacterium Ohrensausen, Kopfschmerzen und Ausbildung eines Klappenfehlers. Aus dem Ohrensausen wurden Gehörshallucinationen, Aufnahme im 67. Jahre. Cor bovinum. Als harmlose hallucinirende Altersschwachsinnige bald entlassen.

47) A., Mutter geisteskrank, Rentiersfrau, heirathete in den fünfziger Jahren. Menopause in den Fünfzigen. Mit melancholisch gefärbtem Altersschwachsinn im 62. Jahre aufgenommen und nach 8 Monaten an Pneumonie gestorben. Vitium cordis, dessen Entstehungszeit unbekannt.

48) M., angeblich nicht belastet, ledig, Blutabgänge bis in den Anfang der Sechsziger, Beginn der Verrücktheit, mit der sie im 66. Jahre aufgenommen wurde, auf das 54. Jahr etwa zurückzuführen. Vitium cordis, jetzt 71 Jahr, Carcinoma recti.

49) M., nicht belastet, Arbeiterfrau, 10 Kinder, Menopause mit 42 Jahren, seitdem beständig kränkelnd, anämisch, Ohrenklingen, mit 47 Jahren Beginn halluc. Verrücktheit, mit 50 Jahren deshalb aufgenommen. Vitium cordis, Chlorose.

50) B., Schneiderfrau, nicht belastet, Pubertät im 15. Jahre, 6 Kinder.

Letzte Geburt im 44. Jahre, post partum melancholisch, erholte sich, erkrankte im 45. von neuem, Aufnahme. Im 46. gebessert entlassen. Wahn der Untreue des Mannes, Gehörstäuschungen, argwöhnisch, schlaflos. Bei der Aufnahme Vitium cordis constatirt, Menses abundant, bis zur Entlassung regelmässig.

51) G., Vater geisteskrank, Kutscherfrau, hat einmal geboren, vom 42. Jahre an gichtische Affectionen, im 49. Menopause, seit dem 51. Jahre Schwindel- und Ohnmachtsanfälle, angeblich besonders im Frühjahr. Im 58. Jahre Tobsucht, Aufnahme. Unreine Herztöne; anfangs Congestivzustände, später periodische Aufregung. Schwachsinn. Jetzt 82 Jahre alt.

52) G., nicht belastet, Kaufmannswittwe, 1 Kind, Pubertät im 15. Jahre, Menopause im 45. Jahre etwa, erkrankte im 43. Jahre an Manie mit melancholischen Contrastzuständen, nach $^3/_4$ Jahren genesen entlassen. Menses in der Reconvalescenz, nach der Entlassung unregelmässig und spärlich, so dass Pat. in Ungewissheit über das Jahr der Menopause ist. Zunehmende hysterische Beschwerden im 53. Jahre, deshalb Wiederaufnahme, hysterische Wahnvorstellungen aus perversen Sensationen und entotischen Geräuschen. Vitium cordis. Jetzt 54 Jahre alt.

53) J., Beamtenfrau, 3 Kinder, nicht belastet, Pubertät im 13. Jahre, Menopause im 50. Jahre. Im 51. Jahre deutliche Erkrankung an hallucin. hysterisch-hypochondrisch gefärbter Verrücktheit, Argwohn gegen den Mann, Insufficienz der Mitralis, Emphysem, Asthma, zeitweise Hämoptysis. Im 53. Jahre Aufnahme und Beurlaubung.

54) H., Schlachterfrau, Pubertät 16 Jahr, Menopause 49/50. Kinderlose Ehe. In der Pubertät Chlorose. In den dreissigen eine Ovarienerkrankung, die für Ursache der Sterilität erklärt wurde. Im Climacterium Entstehung eines Herzfehlers, vom 53. Jahre mindestens ab psychisch nicht normal, im 56. Jahre wegen Melancholie aufgenommen. Tod an Erschöpfung nach 4 Monaten. Angeborene Aortenenge. Abgelaufene Pelvioperitonitis. Hypertrophie des Uteruskörpers.

55) V., Häuslerfrau, von Vater und Geschwister Seite belastet, 5 Kinder, Pubertät im 15. Jahre, Menopause im 45. Jahre, hier noch 2 mal Menses, im 45. Jahre erkrankt mit Ohrensausen, Melancholie, Selbstmordneigung. Maniacalische Intervalle, jetzt blödsinnig, 48 Jahre alt. Bei der Aufnahme Vitium cordis constatirt.

56) S., Arbeiterfrau, 4 Kinder, Pubertät „rechtzeitig". Mutter geisteskrank. Beginn der melancholisch gefärbten Paranoia im 44. Jahre, Aufnahme im 46., immer hochgradig chlorotisch, systolisches Geräusch, Menopause unbekannt, aber seit der Aufnahme keine Menses mehr. Jetzt, 53 Jahre, ganz unverändert.

In drei weiteren Fällen bestanden Symptome, die den Verdacht auf Basedow'sche Krankheit lenken, ohne dass sich der gesammte Complex der Erscheinungen fand.

Hierher gehört die unter No. 3 skizzirte Beobachtung.

L. R. Bei der Aufnahme wurde stark beschleunigte Herzthätigkeit, etwa 140 Pulse, constatirt, Exophthalmus und mässige Struma, das erste Symptom besteht jetzt im 56. Jahre nicht mehr, ebenso ist nur geringe Schwellung der Schilddrüse noch vorhanden. Der Exophthalmus ist stärker, und es besteht Lähmung des linken Rectus superior und Parese des Levator palp., systolisches Blasen.

57) H. Nicht belastet, Pubertätszeit nicht ermittelt, Bauerwittwe, 8 Kinder, letzte Geburt im 41. Jahre, Menopause im 45. Jahre, 4 Monate nach den letzten Menses acute Melancholie mit stark ausgeprägten präcordialen Symptomen; Pulsfrequenz andauernd hoch, über 120, kein Geräusch am Herzen. Struma, Exophthalmus. Im 47. Jahre genesen entlassen. Leider finde ich keine Notiz über die Pulsfrequenz bei der Entlassung.

Aus den angegebenen Fällen ist ein Umstand ersichtlich, der die Beziehungen zwischen Herzfehler und Climacterium verdunkelt, die Wechselwirkung zwischen Herzfehler und Menstruation, für die *Scanzoni* einige treffende Beispiele anführt. Die entstandenen Kreislaufstörungen können Blutungen hervorrufen, die menstrualen Typus annehmen, aber mit Ovulation nichts zu thun haben. Im Allgemeinen scheinen Herzfehler den Termin in der Menopause in den meisten Fällen über das Ende des Geschlechtslebens hinaus zu rücken, in einigen aber ihn zu verfrühen. Der Zusammenhang zwischen Herzfehler, Climacterium und Geistesstörung wird dadurch äusserst complicirt, und das Auftreten nervöser Störungen im Climacterium, dem durch diese Complicationen ein fruchtbarer Boden geschaffen wird, verliert allen selbständigen Charakter.

Sind aber alle diese Fälle, in denen sich frühere Erkrankung, frühere Zeichen abnormer Constitution, chronische Sexualerkrankungen und Herzfehler vorfinden, ausgeschlossen, so bleiben sehr wenige von meinen Fällen übrig, die über das Verhältniss rein nervöser Störung zu den climacterischen Vorgängen Aufschluss zu geben vermögen, in diesen haben — und dies ist von Tragweite — nervöse Störungen eine sehr geringe Rolle im Climacterium gespielt, und unter sie fällt eine Reihe von Beobachtungen, bei denen eine wirksame in die climacterische Zeit fallende Gelegenheitsursache zur Psychose Anlass gab.

58) J., Schulzenwittwe, nicht belastet, 6 Kinder, Pubertät im 14. Jahre. Menopause im 50. Jahre. Stets gesund, regelmässige Menses, Herz gesund, erkrankte im Anschluss an heftige Gemüthsbewegung (Brand des Hauses, wobei der Ehemann durch stürzende Balken erschlagen wurde).

Im 51. Jahre ($^1/_2$ Jahr nach der letzten Menses) Genesung nach 5monatlichem Anstaltsaufenthalte.

59) Schr., nicht belastet, geschieden, Almosenempfängerin, Menopause unbekannt, 3 Kinder, zog sich beim Brande ihres Hauses im 50. Jahre ausgedehnte Verbrennung zu und verfiel zugleich in einen epileptischen Anfall. Sie blieb epileptisch. Aufnahme im 78. Jahre, gestorben im 79. Jahre an Pneumonie.

60) M., nicht belastet, Berliner Kaufmannswittwe, Menopause „einige Jahre" vor der Aufnahme, 6 Kinder, Herz und Uterus normal, erkrankte im 51. Jahre nach dem Tode des Mannes, zuerst begründete, später nicht mehr begründete Nahrungssorgen; im 54. Jahre Aufnahme, Nahrungsverweigerung. Nach 2 Monaten Tod an Pneumonie.

61) G., Tagelöhnerfrau, 7 Kinder, letzte Geburt vor $1^1/_2$ Jahren, seitdem unregelmässige Menses, frühzeitig gealterte Frau. Erkrankte im 41. Jahre durch Pflege der beurlaubten geisteskranken Mutter mit den gleichen melancholischen Wahnvorstellungen. Rasche Besserung in der Anstalt, hier keine Menses, doch ist zweifelhaft, ob in der That Menopause anzunehmen ist.

62) K., unbekannte Vorgeschichte, Arbeiterwittwe, im 56. Jahre aufgenommen, hat vor einiger Zeit eine Mittelohrentzündung acquirirt. Tod nach 3 Wochen. Abscess im Schläfenlappen.

Ich zähle nur 22 von meinen Fällen, wo sich anamnestisch nichts Belastendes fand und bei der Aufnahme keine vor das Climacterium zu datirende Affectionen im Genital- und vasomotorischen System fanden, unter diesen 4 mit unbekanntem Vorleben. Von den übrigen 18 ist vielleicht nicht ohne Belang, dass 3 Frauen in kinderloser Ehe lebten, 1 nur abortirt hatte, bei einer anderen die (3) Geburten als schwer bezeichnet waren, von den übrigen 13 elf unter schwerer Belastung standen.

Die Zahl derjenigen, in denen allein und ausschliesslich das Climacterium als ätiologisches Moment in Betracht kommt, ist auf eine verschwindend kleine Zahl zusammengeschrumpft. In der grossen Mehrzahl aller Fälle meines Materials sind die hysterischen Symptome im Climacterium Zeichen wahrer Neurasthenie im Sinne *Arndt*'s, d. h. die Hysterie des Climacteriums ist in ihnen nicht ein Correlat des physiologischen Vorgangs, sondern Ausdruck einer Hypotrophie des Nervensystems; nicht ein Symptom des Climacteriums, sondern ein Theil von Aeusserungen einer krankhaften Constitution. Nur in wenigen Fällen scheint diese krankhafte Constitution erworben zu sein.

Sehen wir uns die nervösen Symptome im Climacterium daraufhin an. Ich folge hierbei den Ansichten von *Kisch, Börner* u. A. über die Nervosität im Gefolge der Menopause.

Börner betont die Häufigkeit von Schwindelgefühl, aufsteigender Hitze und Schweissausbruch, häufig gleichzeitig, und vergleicht das letztere mit der gesteigerten Schweisssecretion bei leicht reizbaren und nervösen Individuen. Er nimmt reflectorischen Ursprung in den meisten Fällen an. Ich meine indessen, dass sie noch mehr bedeuten, dass sie das Zeichen einer epileptischen Constitution sind. Es geht ihnen Herzklopfen, Beklemmungsgefühl, in einzelnen Fällen das von *Griesinger* geschilderte Vertauben einzelner Glieder voraus, da wo sie sich mit Schwindelanfällen complicirten, geht der Schwindel der Hitze und dem Schweissausbruche, jedenfalls dem letzteren vorauf, gerade wie das *Wunderlich*[1]) bei einer Epileptischen schildert, wo mit dem Eintreten des Schweisses der Anfall beendigt war und Erleichterung eintrat. Mit dem Schweiss ist die Unbehaglichkeit der Frauen zu Ende. Auch *Lépine*[2]) schildert eine Form von epileptischen Anfällen, die mit starkem Schweissausbruch endigten. Das Unbehagen der Frauen vor dem Anfalle ist völlig auraartig und stets geht die Empfindung vom Herzen oder von der Brust aus, ein Symptom, das bereits *Griesinger* als sehr epilepsieverdächtig bei Erwachsenen bezeichnete. Präcordialangst ist bei ihm oft Vorläufer eines epileptischen Anfalles. Eine Kranke meiner Beobachtung hatte in der präcordialen Aura ihrer Schwindelzustände „Stimmen im Herzen", die ihr „schreckliches" sagten. (Fall G. No. 13).

Kisch, Jung[3]), *v. Krafft-Ebing* u. A. betonen ferner das Auftreten von Ohrgeräuschen in Verbindung mit Schwindelanfällen. Auch darin unterscheiden sie sich nicht von epileptischen, deren Aura nach *Beevor*[4]) häufig von Ohrenklingen begleitet wird. Ich habe Schwindelanfälle übrigens nicht häufig constatirt, entgegen *Börner*, der sie für eine der allergewöhnlichsten climacterischen Erscheinungen erklärt, da aber, wo sie sich fanden, manifestirte

[1]) *Wunderlich* citirt bei *Arndt* (Lehrbuch).

[2]) *Lépine*, Referat im Neurol. Centralbl.

[3]) *Jung* l. c.

[4]) *Beevor*, On the relation of the aura giddiness to epileptic seizures. Brain 1884.

sich ihre epileptische Natur in der Regel durch andere Züge deutlich. Mir stehen im Ganzen 27 hierher gehörige Fälle zu Gebote. Es handelte sich bei ihnen um Schwindelzustände in den Abstufungen vom einfachen kurzen Schwindelanfall bis zum zweifellos epileptischen. In drei dieser Fälle erwies die Section als mögliche Ursache eine Gehirnläsion, einmal Hirntuberkel, einmal zerstreute kleine Erweichungsherde, in einem dritten erklärte sich der Zustand durch den Ausgang in progressive Paralyse. In einem anderen Falle bestand Trunksucht seit einigen Jahren. In drei Fällen waren die Kranken epilepsiebelastet. Der eine derselben ist der mit Morbus Basedowiisymptomen combinirte[1]) Fall No. 3. L. R.

63) K., Büdnerfrau, Vater litt an Krampfanfällen. Pat. heirathete im 48. Jahre einen 20jährigen Mann. Im 51. Menopause mit zunehmender Charakterveränderung. Sie wurde geizig, eifersüchtig. Im 53. Jahre ein (hystero-) epileptischer Anfall, der sich öfter wiederholte. Wuthanfälle, glaubte sich vergiftet, vom Manne mit Tripper angesteckt. Aufnahme im 55. Jahre. Hier zwei (hystero-) epileptische Anfälle beobachtet. Nach $^1/_2$ Jahre gebessert entlassen.

In einem Falle mit hysteroepileptischen Anfällen liess sich keine Epilepsie in der Ascendenz nachweisen, aber Geisteskrankheit der Mutter und einer Schwester. D., Tagelöhnerfrau, 7 Kinder, Pubertät im 12. Jahre, erkrankte im 43. Jahre an Manie, allerdings mit lebhaften Gehörstäuschungen religiösen Inhalts. Im 43./44. Jahre Menopause. Gebessert entlassen hielt sie sich bis zum 51., wo Wiederaufnahme nöthig wurde. Hier nach 14 Tagen der erste hysteroepileptische Anfall, seitdem wöchentlich etwa 1—2 Anfälle, in denen sie sich häufig Verletzungen im Gesicht und an den Armen zuzieht. Sie läuft beständig mit geschwollenem und blutrünstigem Gesicht herum. Druck auf die Ovarien ohne Wirkung. Das Bewusstsein ist nicht aufgehoben. Sie hat vor dem Anfalle regelmässig pectorale Aurageffühle, „einen inneren Frost", auf den sich manchmal der Anfall zu beschränken scheint. Jetzt 53 Jahre alt.

In 6 Fällen liess sich die epileptische Grundlage der Schwindelanfälle im Climacterium dadurch feststellen, dass in der Jugend

[1]) Für das Zusammentreffen von Morbus Basedowii mit Schwindelanfällen führt *James Oliver*, Epilepsy with exophthalmic goitre, Brain 1886, ein Beispiel an. Ebenso *Ballot*: De quelques troubles dépendant du système nerveux central chez les malades etc. Rev. d. méd. 1883.

zweifellos epileptische Anfälle bestanden hatten. (Vergl. Fall E. No. 7, G. No. 13, St. No. 68.)

64) E. Von Vaterseite belastet, Tagelöhnerfrau, 9 Kinder, in den Dreissigen ein schwer epileptischer Anfall angeblich zur Zeit der Menstruation, der sich nicht wiederholte. Im 38. Jahre post partum einige Zeit psychisch verändert. Im 48. epileptische Anfälle und Schwindelanfälle in ca. 2 bis 3wöchigen Intervallen. Aufregungszustände. Aufnahme. Im 50. Jahre hier die letzte Menstruation. Sie hatte hier im 48./49. Jahre noch zwei epileptische Anfälle, dann keine mehr. Jetzt 57 Jahre alt, blödsinnig.

65) B. Schwester blödsinnig. Beamtenfrau, in der Pubertät epileptoide Schwindelanfälle, später nicht mehr, leidet seit Wochenbett im 33. Jahre an Hemicranie, im 39. Jahre vorübergehend geistig gestört. Im 56. wegen Paranoia aufgenommen. Menopause nach Angabe der Kranken im 55. Jahre. Anfang der 60ger zwei Ohnmachtsanfälle, ebenso jetzt wieder im 66. Jahre. Fortbestehen der Hemicranie.

In folgendem Falle weist sich die Verwandtschaft der climacterischen Beschwerden mit Epilepsie besonders deutlich aus.

66) K., Vater Säufer, Schwester geisteskrank. Pubertät im 16. Jahre. Im 17. Typh. abd., litt danach einige Zeit an Schwindelanfällen mit Präcordialangst. Als Kind Torticollis. Dienstmannsfrau, 4 Kinder. Prostituirte. 1881 im 46. Jahre unmittelbar nach Schreck ein epileptischer Anfall, im 50. der zweite. Wegen Angstzustände im 50. Jahre Aufnahme. Menopause $^3/_4$ Jahre vorher. Präcordialangst, häufige Schwindelanfälle, Schwindelgefühl, Herzklopfen, oft Gastricismen. Hier zwei classische epileptische Anfälle. Nach drei Wochen ungeheilt aus der Behandlung genommen.

Auch der Fall wäre mit einigem Rechte hier anzuziehen, wo früher und zur Zeit der Anfnahme Asthma bestand.

In einer Beobachtung H., No. 67, Schwester geisteskrank, Beamtenfrau, 8 Kinder, Hämorrhagien bis zum 57. Jahre, begann die Krankheit im 56. Jahre mit Migräneanfällen, hysterischen Beschwerden, Schreikrämpfen; schon einige Jahre vorher war trübsinnige Stimmung, Schwerlebigkeit aufgefallen. Aufnahme im 60. Jahre, Anfälle von Melancholie mit starker Neigung zu Suicidium, Präcordialangst, aber keine Hemicranie mehr. Zwei entschieden epileptische Anfälle.

68) St., Beamtenfrau, Bruder epileptisch, geisteskrank; Pubertät im 15. Jahre, zu dieser Zeit Anfälle von Schwindel und Präcordialangst, zum Theil mit auraartigem Kribbeln von den Fingerspitzen aufwärts und Bewusstseinstrübung, später nicht mehr; mit 22 Jahren gegen Ende der Schwangerschaft vorübergehend deprimirt, ebenso post partum im 24., 4 Kinder. Aufnahme im 46. Jahre. Menses seit $1^1/_2$ Jahren unregelmässig, heftige Sinnestäuschungen, Teufelshallucinationen, schwere Angstanfälle, nach wenigen Tagen Beruhigung und anscheinend völlige Genesung, summa-

rische Erinnerung an das Vorgefallene. Menses unregelmässig und abundant noch 2½ Jahre nach der Entlassung. Hat öfter Schwindelanfälle mit denselben Sensationen wie zur Zeit der Pubertät, aber mit gastrischen Symptomen und Oppression. Mit einer stärkeren Blutung im 49. Jahre Recidiv der Psychose wie das erste Mal mit genau denselben Erscheinungen und raschem Abfall. Die Schwindelanfälle bestehen noch fort. Pat. beschreibt, wie sich auf ihrer Höhe die Gedanken verwirren und sie Anreden wie von der Ferne her höre.

Ein allmäliger Uebergang einer milderen Form in die schwerere fand sich in mehreren Fällen.

69) Br., Vater Trinker, Bruder Idiot. Pubertät im 14. Jahre, letzte Menses angeblich erst im 60. Jahre, Büdnerfrau, 1 Geburt, erkrankte zuerst im 23. Jahre an Manie, nach 1½ Jahren Genesung. Zum 2. Male im 48. Jahre, genesen nach 3 Jahren, zum 3. Male im 62. Jahre aufgenommen, damals litt sie bereits seit längerer Zeit an Congestionen mit Hitzegefühl und Schweissausbruch, erst im 63. traten zugleich Schwindelanfälle auf, anfänglich in längeren Pausen, im 66. häufiger, im 67. der erste schwere, epileptische Anfall, jetzt 71 Jahre alt, epileptische Anfälle treten häufig auf.

Ich beobachtete noch einen zweiten sehr ähnlichen Fall, den ich nicht als climacterisch betrachtet habe, weil die Menstruation noch regelmässig ist, in den letzten Jahren indessen mit wechselnder Abundanz.

70) W., ledig, Magd, von Mutter und Geschwister Seite epileptisch belastet, kyphoskoliotisch, Pubertät im 18 Jahre, litt vom 10. Jahre bis etwa zum 16. Jahre an Epilepsie, im 38. an Manie mit Genesung nach 6 Monaten, im 43. Jahre periodische tobsüchtige Zustände und Wiederaufnahme. Hier regelmässige Menstruation in 27tägigen Intervallen und periodische Verwirrtheit mit grosser Reizbarkeit beobachtet, deren Ausbruch gewöhnlich einige Tage nach Eintritt der Menses erfolgte. Im Anfang der Erregung auffallende Gesichtsblässe. Nach ungefähr 10 Monaten trat während der Menstruation ein Schwindelanfall auf, an den sich 2tägige Unruhe schloss, von da ab durch 1½ Jahre hindurch bis jetzt genau zur Zeit der Menstruation bald in ihren ersten Tagen, bald nach Abschluss derselben, Schwindelanfälle, die sich mehr und mehr steigerten und jetzt classischen epileptischen Anfällen gleichen. Im letzten halben Jahre treten sie fast genau 3 Tage nach Ende des Blutabgangs auf, gewöhnlich 3—6 Anfälle im Laufe von 12 Stunden. Lange Benommenheit nach den Anfällen, dann Verwirrtheit, die allmälig abklingt bis zur Mitte der intermenstrualen Zeit und von da ab bis zum Eintritt der Menstruation relatives Wohlbefinden und geordnetes Wesen. In der Verwirrtheit erotisch, Personenverkennung, Grössenideen, zänkisches Wesen.

Noch in einer anderen Form scheint sich der epileptische Charakter der climacterischen Schwindelanfälle zu manifestiren, in

der Epilepsie der Descendenten. Bei einer Frau W., deren Erkrankung einfache Paranoia mit ausgeprägten präcordialen Symptomen und Anfällen von Nictitatio von stundenlanger Dauer war, wurden die beiden jüngsten ihrer drei Kinder epileptisch. Bei zwei anderen starb das jüngste Kind an Krämpfen. Ich habe überhaupt nicht selten in der Descendenz der hierher gehörigen Kranken Epilepsie, Eklampsie, Zahnkrämpfe etc. gefunden.

Obgleich ich die Besprechung des Einflusses des Climacteriums auf bestehende Psychosen einem anderen Theil meiner Arbeit vorbehalten habe, muss ich hier vorweg nehmen, wie sich die climacterischen Erscheinungen des Schwindels und verwandter Zustände bei chronisch Geisteskranken verhalten. Hier erscheint mir auffallend, wie selten sie zur Beobachtung kommen. Ich habe nur in 6 Fällen zur Zeit und jenseits des Climacteriums Schwindelanfälle bemerkt; hiervon waren 2 in den Siebenzigen, bei einer Dritten, 71), wurde die Erkrankung auf eine Kopfverletzung im 57. Jahre zurückgeführt, von da ab bestanden Schwindelanfälle, das Climacterium war im 51. überstanden; sämmtliche 3 waren nicht belastet und früher gesund. Die vierte hatte Menopause im 39. Jahre, Pubertät im 19., 1 mal abortirt, der erste Schwindelanfall im 65. Jahre, der zweite im 67. und von amnestischer Aphasie gefolgt, die sich langsam bessert. In allen diesen hat das Climacterium mit den Schwindelanfällen sicher Nichts zu thun. Aber zwei bleiben, bei denen sie mit Climacterium zusammenfielen und auch hier ergiebt sich die interessante Thatsache, dass bei der einen, 72), seit der Pubertät schmerzhafte und der Beschreibung nach hysterische Krämpfe bestanden hatten, dass sie seit der Aufnahme im 27. Jahre periodische Erregungszustände hatte bis zur Menopause, die etwa in das 46. Jahr fiel, und dass seit der Menopause die periodischen Erregungen sistirten. Statt dessen begann sie über continuirliche Schwindelanfälle zu klagen und hat im 53. Jahre zwei gut beobachtete Schwindelanfälle mit Bewusstseinsverlust gehabt. Jetzt 57 Jahre alt, fleissige, harmlose Verrückte. Uebrigens nicht belastet.

In dem anderen, 73. Fall, Kl., Tagelöhnerwittwe, ist die Anamnese unbekannt, Aufnahme im 38., Menopause zwischen dem 44.—51. Jahre. Uteri retroflexio, im 54. und 55. Jahre je ein Ohnmachtsanfall mit Bewusstseinsverlust ohne Zuckungen. Geräusch am Herzen.

Ich will nicht bestreiten, dass blosses Schwindelgefühl häufiger vorkommen mag, als ich es in meinem Material bestätigt fand, wenn auch gewiss nicht bei $^9/_{10}$ aller Frauen. Schwindelgefühl ist ja ein so häufiger Begleiter aller nervösen und selbst somatischen Störungen, dass kaum Jemand, und sei es selbst der Rüstigste, ganz frei von einem dann und wann auftretenden unbestimmten Schwindelgefühl geblieben sein möchte, tritt es aber mit solchen

Begleitern auf, wie dies intensivere Schwindelgefühl bei einzelnen Frauen im Climacterium, so gewinnt es eine hervorragende, pathognomische Bedeutung. Es ist richtig, dass Schwindelgefühl und Schwindelanfall nur verschiedene Grade eines Zustandes sein können, aber klinisch ist zwischen beiden ein ähnlicher Unterschied wie zwischen nächtlichem Zusammenschrecken und nächtlicher Epilepsie. Schwindelgefühl ist hier neurasthenisch, Schwindelanfälle epileptisch.

Es sind noch zwei nervöse Erscheinungen, die, obgleich häufig im climacterischen Alter, für die Beurtheilung der Vorgänge von Wichtigkeit sind: die Congestionen mit ihren sensibelen Begleiterscheinungen, der Kopfschmerzen oder Kopfempfindungen im Allgemeinen und das Ohrenklingen, die Ohraffectionen überhaupt.

Was die Congestionen anbetrifft, so habe ich jeden Fall notirt, in dem Klagen darüber geäussert oder Wallungen beobachtet wurden. Auch hier finde ich sie bei Weitem nicht so häufig, als es nach *Kisch*'s, *Börner*'s u. A. Meinung der Fall sein soll. Ausserdem aber habe ich sie nur in sehr wenigen Fällen ohne Schwindelanfälle constatirt. In 14 Fällen hatten die Kopfschmerzen deutlich hemicranischen Typus, und von diesen war in einem Fall Hemicranie seit Pubertät, in einem anderen (B. Fall 65) bereits an anderer Stelle erwähnten seit Wochenbett vorhanden, in einem dritten seit dem dreissigsten Jahre, aber mit Verschlimmerung im climacterischen Alter und Ausgang in progr. Paral., in allen übrigen trat sie erst im climacterischen Alter auf. Gerade diese Fälle sind es, bei denen sich epileptische Stigmata finden, entweder durch die Art der Belastung, im Vorleben oder dadurch, dass sich die Anfälle mit Ohnmachten oder Schwindelanfällen combinirten. Das letztere beobachtete ich bei sieben von ihnen.

74) Schneiderfrau F., Mutter hysterisch, 4 Kinder, Pubertät im 14., Menopause angeblich im 43. Jahre, Uterusprolaps seit der letzten Entbindung im 39. Lebensjahre, Vitium cordis, seit der Menopause hysterische Beschwerden, vielleicht schon früher, seit dem 48. psychisch nicht normal, im 50. Hemicranie, im 51. plötzliche Unruhe und Aufnahme. Hysterische Schreikrämpfe anfangs, jetzt 61 Jahre, keine Hemicranie mehr, gleichmässiges Verhalten, massenhafte hysterische Sensationen, Gehörstäuschungen.

75) F., angeblich nicht belastet, galt immer als beschränkt, ledig, Menopause Anfang der Funfziger, im 55. sehr heftige Hemicranie, im 57. Aufnahme wegen acuter Verwirrtheit, hiernach schwere Migräneanfälle, nach drei Monaten epileptische Krämpfe, in denen sie starb.

Nicht selten beobachtete ich bei diesen im climacterischen Alter etablirten Hemicranien Neuralgien im Trigeminusgebiet, zweimal im zweiten Ast desselben (Anfälle von Zahn- und Gesichtsreissen gleichzeitig), sowie eigenthümliche Hautaffectionen. In dem Umstande, dass aus Hemicranie Schwindelanfälle oder epileptische Anfälle werden, liegt ja nichts Ueberraschendes. Betont doch ***Moebius***[1]), dass die Hemicranie nur neben der Epilepsie ihren Platz finden kann, und ***Eulenburg***[2]), dass ihr eine partielle Rindenreizung zu Grunde liegt, wie der Epilepsie eine totale. Die Bemerkung von ***Kisch***, dass die climacterische Hemicranie gern typisch mit der Menstruation oder, wenn sie bereits cessirte, um die habituelle Zeit herum aufzutreten pflegt, kann ich aus meinem kleinen Material bestätigen. Der bereits erzählte Fall W. (No. 70), in dem sich menstruale Kopfschmerzen zu menstrualen Schwindelanfällen und alsdann Krampfanfällen entwickelten, gehört wahrscheinlich hierher, obgleich der Kopfschmerz nicht erwiesen hemicranischen Typus hatte. Wenn die Hemicranie mit Recht aus vasomotorischen Spasmen erklärt wird, ist an sich nicht durchaus nöthig, dass diese Angiospasmen immer halbseitig auftreten, Spasmen in partiellen Rindengebieten können Kopfschmerzen erzeugen, die hemicranischen völlig analog sind, ohne halbseitig zu sein. Es würde sich hier um eine ähnliche Form des Kopfschmerzes handeln, wie sie ***Charcot*** als Prodrom Jackson'scher Epilepsie beobachtet hat. Jedenfalls tritt die innere Verwandtschaft der Hemicranie mit Congestionen und Schweissausbrüchen nicht blos in ihren verwandten Folgen und ihrem vielfach gemeinsamen Vorkommen, sondern mehr noch darin zu Tage, dass auch die Hitze und der Schweissausbruch, wie ich beobachten konnte und ***Kisch*** u. A. betonen, halbseitig auftreten können oder wenigstens eine Seite mehr betreffen.

Kopfschmerzen, Congestionen und Schwindelanfälle combiniren sich häufig mit Ohrgeräuschen (***Kisch, Börner***), in einzelnen Fällen beobachtete ich in solchen Zuständen Steigerung chronischer Ohrgeräusche. Dies letztere findet sich nach meinen Erfahrungen relativ oft im Climacterium, wie dies auch ***Börner*** betont. In ein-

[1]) *Moebius*, Ueber Migräne. Vortrag. 1885.

[2]) *Eulenburg*, Zur Aetiologie u. Therapie d. Migräne. Wien. med. Pr. 1887.

zelnen waren Ohrgeräusche das erste im Climacterium auftretende Symptom der progressiven Verschlimmerung des Zustandes im Allgemeinen und Anfangssymptom der zunehmenden Schwerhörigkeit. Ich zähle drei Fälle, in denen mit Sicherheit nervöse Taubheit im Climacterium entstand, bei weitem mehr Fälle, wo perpetuirliche Ohrgeräusche in dieser Zeit auftraten, ganz abgesehen von den Fällen, wo vorübergehendes Ohrenklingen Begleiterscheinung eines Schwindelanfalles war. Meine Beobachtung entspricht der Erfahrung, dass Ohrenkrankheiten im mittleren Alter selten sind, im vorgerückten meist erst entstehen und dass die Menopause vorhandene Ohrenleiden verschlimmert. (*Menière.*)

Vielfach habe ich schon ein Symptom erwähnt, das erfahrungsgemäss ein fast ständiger Begleiter aller climacterischen Beschwerden ist, die präcordialen Sensationen, die in ihrer Intensität vom Beklemmungsgefühl bis zur heftigen Präcordialangst schwanken. Zum Theil sind sie wichtigeren nervösen Störungen untergeordnet, z. B. Schwindel und Congestionen, als deren auraartige Vorläufer sie sich darstellen, in einzelnen Fällen aber treten sie mehr oder minder isolirt in Erscheinung, nicht selten habe ich sie mit Kopfsensationen verbunden gefunden. Präcordiale Sensationen sind indessen ein integrirender Bestandtheil aller depressiven Psychosen, dass die Häufigkeit ihres Vorkommens bei geisteskranken Frauen nichts über ihre Beziehungen zu den climacterischen Vorgängen besagen will, es leitet aber zu einer anderen Beobachtung hin, die ich ebenfalls in ungewöhnlichem Maasse bei meinem Material gemacht habe, der Häufigkeit der Herzfehler. Präcordialangst braucht gewiss nicht Herzerkrankung zu involviren, sie ist aber gern ihr Begleiter und die Häufigkeit beider setzt gemeinsame Anomalien voraus. Herzfehler beobachtete ich bei den 179 Erkrankten 49 mal, wobei ich nur diejenigen Fälle hierher zähle, in denen sich Vergrösserung des Herzens, Blasen an den Ventrikelklappen und Verstärkung des zweiten Tones oder auch Veränderung dieses Tones nachweisen liess. Die Fälle, in denen sich die Veränderung auf Verstärkung des zweiten Tones und Rauhheit des ersten — nach *Arndt* ein gewöhnliches Vorkommniss bei Geisteskranken — beschränkte, zähle ich nicht hierher, obgleich sie in vielen Fällen das Anfangsstadium eines Herzfehlers und in noch mehr Symptom einer Herzerkrankung überhaupt darstellen mögen.

Hierzu müsste ich noch eine Anzahl von Fällen rechnen, in denen sich Herzaffectionen fanden, wo aber die Erkrankung zur Zeit der Menopause weit zurücklag und sich über den Zustand des Herzens zur Zeit der Aufnahme keine sicheren Angaben fanden. Erwähnen möchte ich ferner, dass bei mehr als 20 Frauen die genauere Untersuchung des Herzens bei der Aufnahme unmöglich war und noch jetzt nicht möglich ist.

Ueber die Zahl der Herzfehler bei Geisteskranken schwanken die Angaben in der Literatur in ziemlich weiten Grenzen. In *Hagen*'s[1]) Uebersicht bewegt sich der Procentsatz bei Geistesgesunden zwischen 5 und 17 pCt., nach *Hagen*'s Zählung betrugen die Herzaffectionen in weiterem Sinne (Herzbeutelerkrankungen und organische Herzveränderungen aller Art) etwa 25 pCt. für Geistesgesunde, 27 pCt. für Geisteskranke.

Duncan Greenlees[2]) zählt 9,36 pCt. bei Geisteskranken zu 8,72 bei Gesunden. Demnach wären die Zahlen meiner Beobachtung ausserordentlich hoch = 27,4 pCt. allein da, wo Untersuchung stattfinden konnte. Doch ist das Resultat weniger befremdlich, wenn in Betracht gezogen wird, dass es sich um ältere, an der Grenze des Seniums befindliche Personen handelt, während jene Statistik sich auf alle Lebensalter erstreckt. Im Greisenalter selbst ist nach *Demange-Spitzer* mehr oder minder stark ausgeprägte Herzhypertrophie an der Leiche, Verstärkung des 2. Pulmonaltones und Rauhheit des 1. Tones beim Lebenden überaus häufig. Dem hohen Procentsatz der Herzfehler muss, ohne auf die übrigen Quellen der Präcordialangst eingehen zu wollen, ein grosser Antheil an der Häufigkeit präcordialer Sensationen im Climacterium zugewiesen werden.

Hiermit komme ich auf die viel ventilirte Frage, wie die Häufigkeit der Herzfehler bei Geisteskranken und in höherem Alter zu erklären ist. *Demange* schliesst seine Uebersicht über die Angaben in der Literatur mit dem Satze, dass es eine ganze Reihe von Ursachen dafür giebt, nämlich die zahlreichen Hindernisse, die der Circulation entgegen stehen und welche ihrerseits von Störungen im Gefässsystem, in den Organen und im Herzen selbst

[1]) *Hagen*, Statistische Untersuchungen über Geisteskrankh. 1876.

[2]) *Duncan Greenlees*, Krankheiten des Kreislaufs bei Geisteskrankheiten. Ref. der Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 44.

abhängt. Als Störung im Gefässsystem präsentirt sich aber zuerst die Chlorose, die angeborene Enge des Gefässrohrs oder wie *Arndt* es ausdrückt: das Missverhältniss zwischen Blutbahn und Blutkörper. Chlorose ist unbestritten bei den Pubertätserkrankungen von grosser ätiologischer Bedeutung, mindestens ist sie die Ursache der neurasthenischen Beschwerden bei der Pubertät der Mädchen, weil sich zu dieser Zeit das Missverhältniss zwischen den Anforderungen an den Körper und der Leistungsfähigkeit seiner wichtigsten Organe steigert. Die in diesem Zeitabschnitt zu Tage tretende Disharmonie legt den Grund für die spätere Schwäche. Nach *Arndt* ist, wie ich schon an anderer Stelle citirte, die Verstärkung des zweiten Aortentones bei Geisteskranken und nervösen Menschen auf die chlorotische Constitution zu beziehen, die bei Geisteskranken überwiegend häufig sei. Enge der Aorta und der Gefässe insgesammt beansprucht vermehrte Arbeitsleistung des Herzens und Hypertrophie desselben ist die natürliche Anpassung an die gesteigerten Ansprüche. Unter meinen Fällen ist nur in einem, und da nicht ganz gewiss, der Herzfehler Folge von Rheumatismus, in allen anderen ist keine nachweisliche Ursache vorhanden. Sie allein in chlorotischer Gefässenge zu suchen, liegt mir fern, aber für die meisten ist diese Provenienz wahrscheinlich.

Es würde zu weit führen, auf die Aenderungen der Circulation im Gefässrohr einzugehen, die aus der chlorotischen Gefässenge und der Hypertrophie des Herzens resultiren, ich muss mich begnügen, darauf hinzuweisen, dass sich zu beiden gern und früh atheromatöse Erkrankung der Gefässwand gesellt. Mag die *Traube*'sche Anschauung, dass verminderte Circulation Atherose verursacht, richtig sein oder überhaupt rasche Schwankungen im Blutdruck und der Stromgeschwindigkeit zu Atherose führen: mit der Chlorose und mit Herzfehlern ist eine grosse Disposition zu Atherose verbunden. Gewiss ist es nicht immer nothwendig, dass sich zu Chlorose Hypertrophie des linken Ventrikels und Ausbildung von Klappenfehlern mit Beginn der Atherose begiebt, aber das Individuum ist in diesem Falle nicht immer günstiger gestellt, denn in der Volumszunahme des Herzens ist eine Compensation des Mangels in den Gefässen enthalten.

76) Frl. B., Vater und Geschwister geisteskrank, Vatersschwester geisteskrank, „bettsüchtig". Pubertät im 13. Jahre. Chlorose dabei und

lange Zeit nachher, immer schwächlich, im 23. Jahre maniakalische Erregung, die schnell hysterischer Depression Platz machte. Migräne zur Zeit der Menses; Präcordialangst, Trigeminusneuralgie. Genesen (?) entlassen, aber Fortbestehen der Migräne und der Neuralgie. Im 45. Jahre Verschlimmerung, Alpdrücken Nachts, Ohrenklingen, Gehörs- und Gesichtstäuschungen. Hier im 45. Jahre noch einige unregelmässige Menses. Gestorben im 47. an Lungenschwindsucht. Uterus atrophisch, mit kleinem Fibrom, Ovarien atrophisch. Herz auffallend klein (leider nicht gewogen), schlaff und braun pigmentirt. Klappen und Aorta zart, ebenso die Gehirnarterien, aber sämmtliche Gefässe äusserst kleinkalibrig und dünnwandig. Die Aorta hat an der Ursprungsstelle eine Wandbreite von 45 mm[1]). Pat. hatte Frauenmittelgrösse und bei der Aufnahme ein Gewicht von 112 Pfd.

Chlorose ist bei Frauen in der Pubertät ganz überwiegend häufiger als bei Männern. Demnach müssten bei Frauen Herzfehler häufiger sein. In der That wird dies von Mehreren bestätigt, u. A. kürzlich von *Grenelles*[2]), nach *Seppilli*[3]) und *Arndt* scheint das weibliche Geschlecht, was Blut und Gefässe anbelangt, schlechter veranlagt zu sein als das männliche. *Seppilli* findet bei Männern 5 Millionen Blutkörperchen im ccm, bei Frauen 4,5, und Verminderung des Normalen bei Männern weniger oft als bei Frauen. Nach *Arndt* sind bei Frauen die Hirngefässe schwächer entwickelt und dünnwandiger. Ist nun auch die Atherose bei ihnen häufiger? Leider lässt, so viel ich finden konnte, die Statistik über Arteriosklerose bei Männern und Frauen im Stiche, obgleich schon *Griesinger* in seinem Lehrbuch diesen Mangel beklagt. *Güntz*[4]) giebt zwar an, dass Atherose bei Männern häufiger sei als bei Frauen, ebenso *Fürstner*, indessen sind keine Zahlen gegeben. Die Gegenüberstellung beider Geschlechter würde jedoch wenig für meine Frage zu verwerthen sein, weil bei Männern die als Hauptursache der Sklerose angesehenen Noxen, wie Potus, Syphilis etc. eine weit grössere Rolle spielen als bei Frauen. Selbst über die Häufigkeit des Processes im Greisenalter sind die Meinungen

[1]) Nach *Beneke*, Constitution und constitut. Kranksein, 1881, ist das Mittel der Aorta asc. für das weibliche Geschlecht 36,7 mm auf 100 cm Körperlänge.

[2]) *Grenelles*, The circulatory system in the insane. Journ. of ment. science 1885.

[3]) *Seppilli*, Untersuchungen über das Blut b. Geisteskranken. Referat im Neur. Ctrlbl. 1887.

[4]) *Güntz*, Ueber Dementia senilis. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 31.

getheilt. Während *Wille*[1]) unter 61 Sectionen von Greisen 52 mal Atherose fand, hat *Demange*[2]) sie unter 500 Sectionen in keinem Falle völlig vermisst. Aus diesen Angaben geht hervor, dass Atherose jedenfalls nicht mit Senium unbedingt verbunden ist. Andererseits ist sie ja bereits in ausgeprägtem Maasse vorhanden, wo von Greisenalter noch keine Rede sein kann, *Güntz* beobachtete sie schon im 19. Jahre, ebenso *Meyer*[3]). Darüber aber kann kein Zweifel sein, dass sich mit dem atheromatösen Process der Niedergang des Gefässsystems vollzieht, je besser es veranlagt war, um so später, je schlechter, um so früher.

Leider habe ich auf die Veränderung der Gefässe nicht von Anfang an so sorgfältig geachtet wie später und in den Sectionsprotocollen nicht immer vermerkt oder vermerken lassen, wie die Gefässe beschaffen waren. Die folgende Tafel, in der ich die Ergebnisse von 98 Sectionen von Frauen zusammengestellt habe, ist deshalb unvollständig. Zum Theil konnte auch die Section in Folge gewisser hier geltender Vorschriften nicht vollständig gemacht werden. Bemerken will ich nur vorweg, dass die Tafel in Allen nur makroskopische Veränderungen der grösseren Gefässe betrifft. Von 20 Sectionen von Insassen bis zum Alter von 34 Jahren fand ich nur bei einer 25jährigen epileptischen Idiotin Atherose der Hirngefässe. In 4 Sectionen im 38. und 39. Jahre zwei mal Atherose der Basalgefässe, die Aorta frei.

		40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	60	Ueb. 60
Atherose	der Aorta	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
	der Hirngefässe	—	—	—	—	1	—	—	—	1	2	—	—	—	1	—	1	—	1	—	2
	beider	—	1	—	1	3	1	2	1	—	—	1	2	—	—	—	—	2	1	—	34
Keine Atherose		1	2	—	1	—	—	1	2	1	—	1	—	—	—	1	1	—	—	1	—
Sa.		1	3	1	2	5	2	3	3	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	36

Demnach war die früheste Atherose im 25. Jahre. Ueber-

[1]) *Wille*, Die Psychosen des Greisenalters. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 31.

[2]) *Demange* (*Spitzer*), Das Greisenalter, 1887.

[3]) *L. Meyer*, Ueber aneurysmatische Veränderungen der Carotis int. Geisteskranker. Arch. f. Psych. Bd. 5.

wiegend war sie (22:11) vom 36. bis 50. Jahre, vermisst jenseits des 50. Jahres nur in 3 Fällen. Ueber diese drei stand mir übrigens nur ein summarisches Sectionsprotocoll zu Gebote.

Von den im 38.—50. Jahre Verstorbenen waren mit Climacterium erkrankt und bei der Autopsie ohne Atherose der Gefässe eine im 38. Jahre, eine (Fall O., No. 37, Tod an Nephritis und Vitium cordis) im 45. Jahre, eine (Fall R., No. 38, nur Section des Kopfes) und im 46. Jahre eine, Fr. M., No. 40 (summarisches Protocoll), im 47. Jahre zwei, Fall K., No. 31 und der Fall B., No. 76 mit Chlorose, im 48. Jahre eine, Fall Sch. (Mammacarcinom). Die wenigen übrigen Fälle, wo sich keine Atherose makroskopisch fand, waren langjährige Anstaltsinsassen.

Es sind hiernach nur zwei im Climacterium Erkrankte, in denen eine Abnormität im Gefässapparat nicht registrirt war, und ich lege Gewicht darauf, dass in einem derselben die Psychose als Inanitionserkrankung in Folge von ulcerirendem Carcinom auftrat, im anderen die Folge von heftigem Schreck war.

In der grössten Mehrzahl der Fälle hat sich im climacterischen Alter der atheromatöse Process bereits etablirt und bereits vor Eintritt der Menopause längere Zeit bestanden. Dabei kommt noch zweierlei in Betracht, dass die Atherose nicht immer die grossen Hirngefässe und die Aorta zuerst befällt, sondern noch häufiger andere Arterienverzweigungen, auf die sich die Prüfung nicht erstreckte, und ferner, dass sie in beiden noch nicht zu groben sichtbaren Veränderungen geführt zu haben brauchte, obgleich sie die Elasticität, überhaupt die Function der Gefässe schon erheblich beeinträchtigt.

Die Hirngefässe im Allgemeinen werden von der Atherose mit Vorliebe betroffen, wie *Traube*[1]) meint, wegen ihrer natürlichen Krümmung. Durch sie werde die Circulation an sich verlangsamt und durch die im Circulus Willisii sich begegnende Strömung noch mehr behindert. Dies kann wohl als Ursache für die Arteriosklerose der basalen Gefässe gelten, nicht aber für die Atherose der feinsten Verzweigungen, die nach *Demange* den ersten und den Hauptsitz abgeben. Auch die klinische Beobachtung, dass sich Atherose schon in jungen

[1]) *Traube*, Ein Fall von angeborener Aortensklerose etc. mit Bemerk. über die Sklerose des Aortensystems. Berl. klin. W. 1870.

Jahren und bei durchaus rüstigen Individuen durch Schlängelung und Härte der palpablen Arterien des Kopfes ausdrückt, ehe noch die geringste sichtbare Sklerose der basalen Gefässe zu finden ist, muss von dem Einflusse des Circulus Willisii unabhängig sein. Ich schliesse daraus, dass der Zustand der basalen Gefässe noch nichts für die Beschaffenheit der übrigen präjudicirt, jedenfalls lässt sich die Rigidität der Temporalarterien mit einiger Gewissheit als Indicator für den Zustand des Gefässsystems im Allgemeinen ansehen. Diese findet sich aber so gut wie regelmässig bei den climacterisch Erkrankten. Es scheint mir dabei, als ob in den Fällen, wo sich Congestionen und Wallungen (mit ihren Vorläufern und Folgen) besonders stark und häufig einstellen, die Sklerose der Temporalarterien auch besonders vorgeschritten ist, zugleich mit einem anderen Symptom, der varicösen Entartung der feinen Hautvenen im Gesicht, die bei älteren Frauen mitunter blühende Gesichtsfarbe vortäuscht. Arterio- und Phlebosklerose sind analoge Processe und gehen meist neben einander her, wie noch kürzlich von *Sack*[1]) betont worden ist. Es scheint, dass die Phlebosklerose, wenigstens was die Varicen im Gesicht betrifft, der Atherose der Arterien nachfolgt; wenigstens habe ich nach meiner geringen Erfahrung bemerkt, dass, wo Varicen deutlich waren, die Atherose der Gehirnarterien sich weit vorgeschritten fand, nicht aber umgekehrt. Zugleich habe ich noch eine Beobachtung machen können, dass da, wo Varicen im Gesicht sich sehr deutlich fanden, die Congestionen gewöhnlich ausserordentlich langwierig und mit lästigen Empfindungen des Brennens in der Haut verbunden waren.

Ich habe versucht mit Hülfe des Sphygmographen bei climacterischen Psychosen Aufschlüsse über den Zustand des Gefässapparats zu finden, aber obgleich ich fast überall tarde Pulsformen, nach *Mendel, Grashey* u. A. ein Merkmal für Atherose, beobachtete, will ich daraus keine Bestätigung für meine Anschauung über die Arteriosklerose entnehmen, weil die mit dem *Marey*'schen Sphygmographen erzielten Resultate durch zuviel Fehlerquellen verfälscht werden und mit Recht in Misscredit gekommen sind. Ich halte den grossen Antheil, den ich der Arteriosklerose bei den climacte-

[1]) *Sack*, Ueber Phlebosklerose und ihre Beziehungen zu Arteriosklerose. *Virchow*'s Arch. Bd. 112.

rischen Psychosen vindicire, auch ohne diesen seinem Werthe nach zweifelhaften graphischen Nachweis für erwiesen.

Immer wieder kehren die Versuche, Geisteskrankheiten durch Veränderungen der Blutmenge des Gehirns zu erklären, sagt ***Hagen*** in seinen statistischen Untersuchungen. In der That ist aber auch Nichts näher gelegen, als die Functionsstörungen des Gehirns durch Nutritionsstörungen zu erklären und diese auf gestörte Circulation zurückzuführen, in letzter Linie auf Erkrankung des Gefässrohrs. Die pathologischen Veränderungen im Gehirn Geisteskranker hat man nach ***Rindfleisch*** vor Allem in den Gefässen zu suchen. Der Umstand allein, dass je höher das Alter der Erkrankten ist, die depressiven Formen der Psychose vorherrschend werden, musste dazu anreizen, die Ursache dafür in abnehmender Ernährung des Gehirns zu suchen, gerade wie die übrigen Organe des Körpers in Folge der minder lebhaften Ernährung an Turgor und Leistungsfähigkeit verlieren, wie sich die Haut unter der langsamen Abnahme der Blutzufuhr langsam verändert, um durch sparsamere Ausgaben die geringere Zufuhr zu decken. Die melancholischen Formen des Irreseins betrachtet ***Meynert*** als centrale Erschöpfungszustände, „indem eine ungenügende Menge arteriellen Blutes zugeführt wird, verfällt es in functionelle Erschöpfung". Jede Psychose ist nichts anderes als der Ausdruck, d. h. die Reactionsweise des in seiner Ernährung beeinträchtigten Nervensystems, insonderheit des Gehirns [***Arndt***[1])], in der Melancholie rollt wahrscheinlich das arterielle Blut langsamer und spärlicher durch die Hirngefässe [***Hitzig***[2])]. Die Frauen müssen diesen Ernährungsstörungen leichter ausgesetzt sein als die Männer, denn bei ihnen übertrifft die Häufigkeit der Melancholie um mehr als das Doppelte die der Männer [***Fritsch***[3]), ***Tigges***[4])], sie müssen ihr zur Zeit des Climacteriums mehr ausgesetzt sein als sonst, denn unter den Psychosen dieses Alters überwiegen die depressiven Formen in dem Grade, dass andere selten sind [***Bland-***

---

[1]) *Arndt*, Lehrbuch.

[2]) *Hitzig*, Vom Materiellen der Seele. Vortr.

[3]) *Fritsch*, Zur Differentialdiagnose d. Melancholie. Jahrb. f. Psych. 61. 1.

[4]) *Tigges*, Vergleichende Statistik der Geisteskrankh. *Meynert*'s Vierteljahrsschr. Jahrgang 2.

ford, Emminghaus[1])]. *Krafft-Ebing* fand unter 60 Fällen climacterischer Psychosen keine Manie. Es muss hiernach bei Frauen überhaupt und besonders zur Zeit des Climacteriums eine stärkere Disposition zu Circulationsstörungen, die eine Abnahme der Hirnernährung zur Folge haben, vorhanden sein, als es beim männlichen Geschlecht der Fall ist. Ich stütze mich auf die klinische Erfahrung der Häufigkeit der Chlorose und Herzfehler bei Frauen und die citirten Beobachtungen von *Arndt* u. A., wenn ich ausspreche, dass ihr ungünstiger veranlagtes Gefässsystem diese gesteigerte Disposition schafft. Prägt sich doch auch darin schon von vorn herein eine gewisse grössere Reizbarkeit ihres vasomotorischen Systems aus, dass es auf periphere Reize oder Gemüthsbewegungen in weit stärkerem Grade als bei Männern durch Neigung zu Ohnmachtsanfällen, durch Erröthen und Erblassen u. drgl. reagirt. Der Mann, der in gleicher Weise erröthet und erblasst wie das Weib, gehört unter die neurasthenischen Constitutionen, eine Ansicht, die u. A. *Anjel*[2]) vertritt, indem er das abnorm frühe Auftreten und die Nachhaltigkeit der durch *Mosso* gefundenen Pulsveränderungen durch Gemüthserregungen bei Neurasthenischen hervorhebt. *Helweg*[3]) behauptet, dass sich die Schwäche des vasomotorischen Systems anatomisch im Centralorgan nachweisen lasse und in Veränderung der sogenannten dreikantigen Bahn des Rückenmarkes (Dünnheit und Leichtfärbarkeit der Fasern) bestehe. Seine Untersuchungen erstrecken sich auf geisteskranke Männer und Frauen. In allen fand er diese Affection ausgeprägt. Verhält es sich in der That so, dann wäre für die Häufigkeit der Chlorose, Atherose und Herzfehler bei Geisteskranken der centrale Ursprung nachgewiesen. Ob die Verminderung der Blutzufuhr oder die Verzögerung des Blutabflusses, ob die Abnahme von zugeführtem Sauerstoff oder die Anhäufung von Kohlensäure die mangelhafte Ernährung des Gehirns bedingt, braucht nicht in Frage zu kommen. Gewiss ist, dass Herzfehler, wenigstens schlecht compensirte, auf einem von beiden Wegen zu Nutritionsstörungen des Gehirns Anlass geben

[1]) *Emminghaus*, Psychopathologie der Geistesstörungen.

[2]) *Anjel*, Experim. zur Pathol. u. Therapie der cerebralen Neurasthenie. Arch. f. Psych. Bd. 5.

[3]) *Helweg* (*Kurella*), Studien über den centralen Verlauf der vasomotor. Nervenbahn. ibid. Bd. 19.

können. Es ist schon früher aufgefallen, dass sich zu Herzfehlern psychische Missstimmung [*Friedreich*[1])], hypochondrisch-melancholische Zustände [*Burmann*[2])], melancholische Verstimmung und Angst [*Kiernan*[3])] und Unstetheit mit Unruhe und Congestivzuständen [*Witkowski*[4])] gesellen.

Auf die Frage, ob die Art des Herzfehlers von Belang für die Folgen ist, gehe ich nicht weiter ein, ich verweise auf die Arbeit von *Witkowski* darüber, der den Aortenklappenfehlern eine andere ätiologische Wirkung zuerkennt, und bemerke, dass ich unter meinen Fällen keinen mit alleiniger Aortenklappeninsufficienz gefunden habe. Als gemeinsame Folge aller Klappenfehler gilt verminderte Circulation, und die Gehirnernährung muss beeinträchtigt werden, gleichgültig, ob die Verminderung der Zufuhr durch Klappenfehler, durch angeborene Gefässenge oder durch erworbene Verengerung (Atherose) erzeugt ist. Der Atherose wird ein nachtheiligerer Einfluss auf die Hirnernährung zugeschrieben als den Herzfehlern allein, deren ätiologische Bedeutung *v. Krafft-Ebing* für überschätzt erklärt. *Leidesdorf*[5]) meint, dass häufiger als Herzerkrankungen das Atherom mit Geisteskrankheiten zusammenzuhängen scheine. Für die senilen Formen wird fast von allen Autoren das Atherom als Ursache angenommen [*Hertzka*[6]), *Güntz*, *Kostjurin*[7]), *Beljakow*[8]), *Wille*[9]), *Fürstner* u. A.]. Dieser Factor spielt aber, wie aus meiner Zusammenstellung über Atherose in meinen Fällen ersichtlich ist, auch in den climacterischen Jahren bereits eine ebenso wichtige Rolle, wie Chlorose und Herzfehler.

Ehe ich hier fortfahre, muss ich die Formen kurz erwähnen, unter denen die climacterische Psychose in meinen Fällen auftrat.

---

[1]) *Friedreich*, Diagnostik der psych. Krankh.

[2]) *Burmann*, cit. bei *Hagen*.

[3]) *Kiernan*, Insanity and cardiac disease. Am. journ. of neur. and psych. 1884.

[4]) *Witkowski*, Ueber Herzleiden bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 32.

[5]) *Leidesdorf*, Psychische Krankheiten. 1865.

[6]) *Hertzka*, Der atheromatöse Process. 1875.

[7]) *Kostjurin*, Veränderungen der Grosshirnrinde im Alter. Ref. im Neur. Centralbl. 1886.

[8]) *Beljakow*, Ueber d. Veränderungen d. Gehirns bei Dem. sen. ibid. 1887.

[9]) *Wille*, l. c. (Psychosen des Greisenalters).

Unter den 179 Fällen waren als

Melancholie zu bezeichnen und genesen	10,
mit Melancholie aufgenommen, gebessert	2,
mit Melancholie aufgenommen und gestorben	14.
mit Melancholie aufgenommen und vor Abschluss der Psychose entlassen	8,
mit Melancholie aufgenommen und noch jetzt so zu bezeichnen	2,
mit Manie aufgenommen und genesen	1,
mit Manie aufgenommen und noch jetzt so zu bezeichnen	1,
mit Melancholie aufgenommen, Uebergang in Paranoia	28,
mit Melancholie aufgenommen, Uebergang in secundäre Schwächezustände	17,
mit Manie aufgenommen, Uebergang in secundäre Schwächezustände	2,
mit Manie aufgenommen, Uebergang in Paranoia	1,
mit Paranoia erkrankt	43,
Neurasthenie zur Zeit des Climacteriums und spätere Erkrankung im Anschlusse daran	19,
vorher Neurasthenie, Erkrankung im Climacterium	4,
Verschlimmerung chronischer Psychose im Climacterium	10,
Apoplexie, Gehirnabscess im Climacterium, Schwachsinn	6,
Epilepsie	2,
Cyclisches Irresein (1 Ausgang in Paranoia)	3,
Dem. paralytica	6,
Sa.	179.

Diese willkürliche Eintheilung habe ich deshalb gewählt, weil ich damit am besten zu zeigen glaube, wie sich Verlauf und Form der climacterischen Psychosen gestalten.

Die Fälle einfacher Seelenstörung boten manche gemeinsame Züge, nämlich das Vorherrschen von Umdeutungen körperlicher Sensationen, nicht blos intestinaler, oder, wie *Dagonet* es nennt, „ganglionärer" Sensationen, sondern solcher der Sinnesorgane. Selbst in den Fällen von Melancholie mit Ausgang in Genesung treten die intestinalen Sensationen gewöhnlich stark hervor.

77) H., Tagelöhnerfrau, 4 Kinder, Mutter geisteskrank, Muttersbruder blödsinnig. Menopause im 44. Jahre, seitdem und bereits einige Zeit vorher heftige Kopfschmerzen; nicht gewiss, ob von hemicranischem Typus. 2 Jahre nach der Menopause „Unterleibskrämpfe", Anfälle von Wühlen im Leibe, die meist Nachts im Schlafe auftraten und sich allmälig steigerten.

Sie sollen sich etwa alle 3—4 Wochen eingestellt haben. Später gesellte sich zu ihnen Angst und verwirrte Reden, sie habe ein Thier im Leibe, der Teufel verfolge sie. Nach dem Anfalle ohnmachtsähnliches Daliegen, aber Klarheit. Angeblich im Gefolge gehäufter Anfälle nach 4jährigem Bestehen Schüttelfrost, Gastritis. 40,5° Temperatur. Mit Nachlassen des Fiebers plötzliche Erkrankung, Selbstmordversuche. Agitirte Melancholie mit grosser Angst, sie habe den Teufel im Leibe, werde von Teufeln verfolgt, die sie verbrennen wollten, sie brenne am Leibe. Der Kopf solle ihr und ihren Kindern abgeschnitten werden. Rasche Besserung und völlige Genesung. Insufficienz der Mitralis. Die Empfindungen im Unterleibe sind nicht wieder aufgetreten.

In einem anderen Falle, in dem ebenso die Angst zu verbrennen hervorstechend war, erwies sich der periphere Sitz der Sensationen durch Urticaria der oberen Körperhälfte, in einem dritten durch Ausbruch von Herpes Zoster. Die Empfindung des Brennens in der Haut habe ich überhaupt bei den Frauen dieses Alters ungemein häufig als Ursache von ängstlichen Vorstellungen und Wahnideen gefunden. Die Kranken meinten zu brennen, Feuer am oder im Leibe zu haben, ihre Angehörigen würden verbrannt, die Kinder steckten im Feuer, im Ofen, seien in den Backofen geschoben, würden gekocht etc. Eine Kranke suchte längere Zeit hartnäckig den Kopf ins Ofenfeuer zu stecken, andere suchen sich durch Aufreissen der Kleider, Uebergiessungen mit kaltem Wasser, Herumlaufen mit nacktem Oberkörper Abhülfe gegen die quälenden Hitzeempfindungen zu schaffen. Das Gefühl der Hitze giebt den Aeusserungen der Melancholischen und Verrückten in diesem Alter meiner Beobachtung nach weit häufiger Färbung als das Gegentheil, das Gefühl der Kälte, des Abgestorbenseins, das bei der Melancholie in anderem Alter vorherrscht. Damit stimmt überein, dass ich in solchen Zuständen weniger oft als bei Melancholie Jüngerer kühle, cyanotische und trockene Haut mit Neigung zu torpiden Geschwüren, Oedem und Eczem gefunden habe, vielmehr congestionirte Haut mit zahlreichen kleinen Varicositäten und Neigung zu entzündlichen nervösen Hautaffectionen: Urticaria, Furunculosis, Pruritus, Herpes etc. Dies Vorherrschen der Empfindung des Heissseins ist an sich befremdlich, man sollte bei älteren Individuen, die naturgemäss ein grösseres Wärmebedürfniss haben, eher eine Steigerung des Physiologischen zum Pathologischen erwarten als den Gegensatz dazu. Die Erscheinung muss offenbar

mit den Hitzegefühlen, den Congestivzuständen in Verbindung gebracht werden, die im Climacterium auch der gesunden Frauen eine Rolle spielen sollen. Eine besondere prognostische Bedeutung würde deshalb diesem häufigen Symptom nicht zuzuertheilen sein. Allerdings fand ich es am meisten bei den mit stürmischen Symptomen einsetzenden und einhergehenden Depressionszuständen und im melancholischen Stadium cyclischer Geistestörung, aber auch bei chronischen, paranoischen Formen, wenngleich hier, wo der Affect verraucht ist, seltener und weniger leidenschaftlich gedeutet.

Anders ist es mit den intestinalen Sensationen. Obschon ich sie nur bei wenigen acuten Depressionsformen vermisst habe, geben sie doch der Melancholie eine bedenkliche paranoische Färbung; sie geben weniger Anlass zu ängstlichen Aeusserungen als zu Anklagen der Umgebung. Immerhin können sie auf einer rudimentären Entwickelungsstufe stehen bleiben, wie im folgenden Falle von gebesserter Melancholie.

St. (Der Fall ist an anderer Stelle, No. 16, aus anderen Gründen bereits skizzirt.) Ich lasse folgen, was die Kranke bei der Aufnahme selbst angab.

Im 16. Jahre habe sie einige Jahre lang epileptische Krämpfe gehabt. Im 57. Jahre seien die Menses fortgeblieben, sie habe sich schon längere Zeit vorher nicht wohl gefühlt, habe an Verstopfung, gestörtem Schlaf, Kopfschmerzen und aufsteigender Hitze gelitten. Sie habe dann viel Schwindel gehabt, sei in Folge dessen oft tagelang taumelig gewesen, die Gegenstände hätten sich ihr scheinbar bald von rechts nach links, bald in umgekehrter Richtung gedreht. Zu dem Schwindel habe sich ein „Sirsen" in den Ohren gesellt, als wenn ein Wasserfall gehe. Dann habe sie mehr und mehr Furcht vor ihrem Manne empfunden, zuletzt schon bei seiner blossen Berührung grosse Angst gespürt. Sie meine, dass er ihr nachstelle, um sie los zu werden, die Nachbarinnen gegen sie aufwiegele, alles um seiner Stieftochter das Erbe zu verschaffen. Er mache Hexenkünste gegen sie. Es sei ihr, als habe sie lauter böse Geister im Leibe, die ihr der Mann hineingejagt habe. Sie habe einmal von ihm eine Tasse Kaffee aufgenöthigt erhalten, seitdem sei es in ihrem Leibe ganz schlimm. — Sie beruhigte sich bald mit körperlicher Besserung, gab die Abneigung gegen ihren Mann auf und corrigirte ihre früheren Aeusserungen, verlor aber nicht ihr gedrücktes und furchtsames Wesen. Gebessert entlassen und bisher geblieben (¾ Jahre).

Die Angaben der Kranken über unangenehme Empfindungen im Leibe schwanken durch alle Grade von der einfachen sachgemässen Beschreibung bis zu den wunderlichsten Umdeutungen.

Gewöhnlich bleibt es in der einfachen zur Genesung oder Besserung führenden Melancholie bei Aeusserungen, wie die, dass sie ein „Brennen, Wühlen, Winden u. dergl." im Leibe hätten. Der nächste Grad ist der Glaube, schwanger zu sein, Thiere, Gift, Geister, Teufel, „die ganze Welt" im Leibe zu beherbergen, schliesslich folgt das ganze Heer der mit Hülfe sexualer Erinnerungen ausgelegten visceralen Empfindungen, von dem Gefühl nächtlicher Angriffe bis zu den abstrusesten Sensationen, wie die, dass ihre Kinder ihr Nachts in den Leib zurückgeschoben würden.

In solchen Empfindungen wurzelt vielfach die erotischen Aeusserungen der Frauen. Seltener konnte ich annehmen, dass sie sich als Ausfluss erotischer Begehrlichkeit darstellen. Eine Erklärung für die grosse Häufigkeit der Beimischung sexualer Züge an die climacterische Psychose giebt die Angabe mehrerer Autoren, dass sich um diese Zeit bei Gesunden oft Steigerung des Geschlechtstriebes findet, die Libido überdauert die Cessatio mensium. ***Kisch*** erwähnt Anfälle excessiven Wollustgefühls [Crises érotiques, ***Géneau de Mussy***[1])] als eine neuralgische Erscheinung des Climacteriums, ***Börner*** meint, dass die Libido sexualis nicht selten in der Wechselzeit, wahrscheinlich im Zusammenhange mit Sexualerkrankung, einen geradezu „qualvollen" Grad erreicht. ***Géneau de Mussy*** schildert in seiner Studie die Steigerung des Geschlechtstriebes bei Frauen in der Menopause.

Indessen scheinen wirkliche nymphomanische Zustände im Climacterium nicht häufig vorzukommen (*v. Krafft-Ebing*, *L. Mayer*). Ich selbst zähle zwei hierher gehörige Fälle, in einem 78), M., handelte es sich um ein von Hause aus wenig intelligentes, von Vaterseite belastetes Dienstmädchen, die so lange sie in der Anstalt war (4 Jahre), andauernd die heftigste erotische Erregung äusserte, Entblössen, obscöne Einladungen, stürmische Masturbation, Verzehren ihrer Genitalproducte u. s. f. Tod an Phthisis im 45. Jahre.

Im zweiten, 79), Kr., begann die Psychose im 48. Jahre mit Manie und hoher sexueller Erregung, machte aber bald Depression Platz, in der die erotischen Neigungen schwiegen. Sie machte noch einige solche cyclische Schwankungen mit den gleichen Erscheinungen durch, zeigte aber dann chronischen Verlauf einer hallucinatorischen Paranoia ohne gesteigerte Libido. Im ersten Falle bestand completer Uterusprolaps und die Section wies beiderseits chronische Oophoritis nach. Im zweiten Falle wurde bisher keine Genitaluntersuchung gestattet.

Gewöhnlich hält sich die erotische Erregung in mässigen

[1]) *Géneau de Mussy*, Erotisme de la ménopause. Gaz. hebdomad. 1870.

Grenzen, äussert sich namentlich in kokettirendem Wesen, anzüglichen Reden oder in der Färbung der Wahnideen. Nicht selten habe ich intelligentere Kranke über erotische Träume klagen hören und sehe in solchen Träumen eine der Ursachen zu dem Wahne, geschlechtlich Nachts gemissbraucht zu sein. Bei einer Frau führte die gesteigerte Erregung zur Zeit der Menopause zu frequenter Masturbation, die in ihren melancholischen Selbstanklagen später eine Hauptrolle spielte. In einem anderen richteten sich die erotischen Neigungen gegen das gleiche Geschlecht. Es betraf eine chronisch Verrückte, die in der Zeit der Menopause den Versuch machte, bei einer anderen Kranken mit Hülfe ihrer ungewöhnlich grossen Clitoris den Mann zu spielen. Sie hatte weder vorher noch nach dem Climacterium derartige Tendenzen zur Schau getragen.

Nach meinen Erfahrungen scheint der gesteigerte Geschlechtstrieb ganz besonders in die Zeit kurz vor dem Cessiren der Menses zu fallen, nach eingetretener Menopause sehr selten zu sein. Dies entspricht wohl dem Verhalten bei gesunden Frauen. Der Umstand hat eine gewisse Bedeutung, weil er nicht das einzige ungewöhnliche Symptom ist, das sich mit den letzten Monatsflüssen verbindet.

Meist sind, wie bemerkt, die erotischen Neigungen in den climacterischen Psychosen weniger categorisch und äussern sich weniger positiv. Sie sind dann nicht von den aus „sexuellen Parästhesien“ (*v. Krafft-Ebing*) stammenden Vorstellungen zu trennen; ist doch schon in dem Falle M. (78) die abnorme Libido nur eines der Symptome des Genitalleidens gewesen. Die Disposition des climacterischen Alters zu Genitalerkrankungen, die bei den Frauen meiner Beobachtung besonders häufig zur Kenntniss kamen, muss für solche Parästhesien einen fruchtbaren Boden hergeben. Selbst der durch keine pathologischen Affectionen complicirten Involution — übrigens wohl ein seltener Verlauf des Climax — muss Einfluss auf die Gemüthsrichtung der Frau nach der sexuellen Seite hin vindicirt werden, wie dies *v. Krafft-Ebing* in seiner Monographie in conciser Form darstellt. Darf auch den climacterischen Sexualerkrankungen kein specifischer Einfluss auf die Psyche zugeschrieben werden, so ist doch einerseits der grossen Häufigkeit derselben, andrerseits der Vorliebe des Climacteriums für gewisse neue sexuelle Störungen Rechnung zu tragen. Als solche möchte ich Pruritus und seine Folgen, die Neigung zu Blutungen, zu Neu-

bildungen und zu Fluor albus bezeichnen; die Blutungen, weil sie der Grund hypochondrischer Sorgen werden können, den Pruritus, weil er Masturbation provociren kann, den Fluor albus, weil er oft zu Erosionen, Furunkeln und Drüsenerkrankungen im Genitalapparat führt und dadurch, wie mir scheint, auffallend häufig den geisteskranken Frauen den Verdacht, syphilitisch oder anderswie inficirt zu sein, beibringt. Vielleicht hängen die Genitalempfindungen bei uncomplicirter Involution und damit die erotischen Krisen bei Gesunden, die Parästhesieen und der Erotismus bei Geisteskranken mit der behaupteten Volumszunahme des Uterus kurz vor der eigentlichen Involution zusammen. Sie mögen in einzelnen Fällen, weil sie die Frauen dazu veranlassen, ihre aus Alter potenzschwachen Männer über ihre Kräfte in Anspruch zu nehmen, den Grund zu dem häufigen Wahne der ehelichen Untreue des Gatten legen oder dem Glauben, vom Manne verabscheut zu sein.

Bekannt ist der innere Zusammenhang frömmelnder Gemüthsrichtung mit erotischen Neigungen [*Arndt*, *Neumann*[1]) u. A.], ein Wechselverhältniss, auf das schon *Friedreich*[2]) aufmerksam macht, nicht nur, dass sich übergrosse Religiosität mit Sexualleiden findet, sondern mehr noch, dass sie dem Geschlechtstrieb succedirt oder ihn verhüllt. *Kisch* hält den Zug zu religiöser Schwärmerei für characteristisch im Climacterium. Ich kann dies — natürlich in erster Reihe für die chronischen Formen — aus meinen Beobachtungen bestätigen. Ueberaus häufig findet sich diese Färbung der Wahnideen oder des Inhalts der Hallucinationen: Gott, Jesus, Engel sprechen zu hören, Göttin zu sein, das Jesuskind geboren zu haben oder mit ihm schwanger zu sein, von Gott zu diesem oder jenem bestimmt zu sein u. ähnl. Unter den 43 mit Paranoia Aufgenommenen zähle ich 25, bei denen religiöse Wahnideen im Vordergrunde des Symptomencomplexes standen, 9, wo die Wahnideen mehr erotischen Inhalt, 8, wo sie rein sexuellen Inhalt aufwiesen.

Einen hervorragenden Platz in der Semiologie der climacterischen Psychosen nehmen die Ohrgeräusche ein, deren Häufigkeit ich an anderer Stelle bereits dargelegt habe. Dass Ohrgeräusche zu psychischer Erkrankung führen können, ist durch die Arbeiten

[1]) *Neumann*, Lehrbuch d. Psych. 1859.

[2]) *Friedreich*, Allg. Diagnostik d. psych. Krankh. 1832.

von *Fürstner*[1]), *Tuczek*[2]), *Catlett*[3]), *Lannois*[4]) u. A. erwiesen. Wie *Fürstner* ausführt, können sie selbst, nachdem sie Jahre lang als subjectiv erkannt waren, sich allmälig in Sinnestäuschungen umwandeln. Gesellen sie sich zu einer acuten Psychose oder bestanden sie schon vorher, so werden sie mit grosser Regelmässigkeit die Ursache von Illusionen und Hallucinationen des Gehörsinns [*Christian*[5]), *Hoppe*[6]), *Köppe*[7])]. So enstprach die Häufigkeit von Gehörstäuschungen im Krankheitsbilde der Häufigkeit der Klagen über Ohrgeräusche bei meinen Kranken. Selbst bei cyclischen und periodischen Formen geben sie den einzelnen Phasen bestimmte Farbe, eine der Kranken, die besonders an quälendem, indess in der besseren Zeit stets als subjectiv erkanntem Ohrenklingen litt, hatte in der Zeit der Erregung die lebhaftesten beängstigenden Gehörshallucinationen. Eine andere appercipirte ihre Ohrgeräusche in ihren Anfällen von Präcordialangst als Stimmen.

80) Qu., Häuslerfrau, nicht belastet, Menses cessirten nach Metritis im 34. Jahre. Keine Geburt. Erkrankt im 45. Jahre durch aufreibende Krankenpflege. Unreine Herztöne, ausgeprägte Atherose. Ohrensausen „seit einiger Zeit". In ihren Angstanfällen hörte sie Stimmen, die ihr zuriefen, ihr Mann sei gestorben. Mit Verschwinden der Angst war sie von Hallucinationen frei. Wurde nach wenigen Tagen wieder in die Familie zurückgenommen.

Die Beobachtung, dass in den Remissionen, die grade die climacterischen chronischen Psychosen nicht selten auszeichnen, Ohrgeräusche in ihrer Qualität richtig erkannt, in der Verschlimmerung wieder falsch beurtheilt werden, habe ich in mehreren Fällen machen können, ebenso, dass sich in chronischen Fällen die Umdeutung erst im Verlaufe der Erkrankung vollzog. Es ist nicht ohne Interesse, dass es in allen Fällen, wo Genesung eintrat, bei einfachen Ohrgeräuschen blieb. Die schlechteste Prognose gaben

[1]) *Fürstner*, Psychosen bei Erkrankung d. Gehörorgans. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 40.

[2]) *Tuczek*, Geisteskrankheit in Folge von Ohrgeräuschen. ibid. Bd. 38.

[3]) *Catlett*, Report on tinnitus aurium. Am. journ. of ins. 1885.

[4]) *Lannois*, Gehörapparat u. psychische Störung. Ref. d. Med. Ztg. 1887.

[5]) *Christian*, La Mélancholie, Etude sur, 1878.

[6]) *Hoppe*, Sinnestäuschungen, Erklärung der, 1888.

[7]) *Köppe*, Gehörstäuschungen u. Psychose. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 24.

die Fälle, in denen im Climacterium entstandene Schwerhörigkeit zu Hallucinationen Anlass gab.

Die Herkunft der Ohrgeräusche in diesem Alter wird, wo organische Gehörleiden auszuschliessen sind, Circulationsstörungen und besonders atheromatöser Gefässerkrankung zugeschrieben (*Schüle*). Sie characterisiren sich meist als Blutgeräusche. Für diese Provenienz scheinen zwei Umstände zu sprechen, dass die Ohrgeräusche als Sausen und Rauschen geschildert werden, nicht als Klingen, das mehr dem Labyrinth und den Nerven zugeschrieben wird, und dass sie der Behandlung mit dem electrischen Strome wenig zugänglich zu sein scheinen. Zuweilen mag auch das Knacken durch Zuckungen des Tensor tympani als Ohrgeräusch empfunden werden, zumal von Hysterischen.

Ich gelange zu einem Symptom, das namentlich in den chronischen Psychosen des Climacteriums in meinen Fällen von Bedeutung ist, den gastrischen Störungen. Sie stehen auch in den frischen und acuten Formen obenan, aber bleiben hier in der Regel nur somatische Erscheinungen, die sich in das Vorstellungsleben der Kranken nicht erheblich projiciren. Anders in den chronischen. Die Aeusserung, vom Manne, von den Angehörigen, von den Nachbarinnen vergiftet zu sein, die schlechtesten, absichtlich schlecht zubereitete oder verdorbene Speisen zu erhalten, geht mit der Wählerischkeit der Kranken in den Speisen, der Neigung, theils aus Argwohn, theils in Folge von Hallucinationen zu cariren, Hand in Hand, und beides findet in der darniederliegenden Verdauung und den Symptomen von Magen- und Mundcatarrh seine Erklärung. Dyspeptische Störungen sind nach *Kisch*, *Müller* u. A. eine gewöhnliche Klage während des Climacteriums. Nach *Kisch* ist vor Allem die Empfindung schlechten Geschmacks im Munde sehr häufig und *Börner* citirt bei der Besprechung der catarrhalischen Zustände im Verdauungstractus eine Aeusserung von *Busch*, dass sich frühere Verdauungsbeschwerden um diese kritische Zeit steigern. Eine andere Bemerkung *Börner*'s, dass die Menopause eine entschiedene Disposition zu Ulcus rotundum und Magenblutungen ist, bestätigen meine Beobachtungen. In 6 meiner Fälle war theils im Climacterium die Diagnose auf Magengeschwür gestellt, theils aus den Angaben der Frauen über Schmerz, Erbrechen und Blutung wahrscheinlich. Im Ganzen zähle ich 23 Fälle, in

denen der Symptomencomplex: öfteres Erbrechen, Foetor ex ore, Zungenbelag, Schmerzhaftigkeit des Magens, Appetitmangel, Neigung zu Diarrhöen und Verstopfung, bestand und ich darf sagen, dass nur wenige Fälle übrig bleiben, wo nicht eins oder das andere dieser Symptome hervorragend war, ohne grade zur Annahme eines chronischen Magencatarrhes zu berechtigen. Diesen Störungen schreibe ich die fahle, fast cachectische Gesichtsfarbe zu, die ich bei den chronisch Paranoischen im Climacterium ungemein häufig bemerkte, die beim ersten Anblick den Verdacht eines verborgenen Carcinoms erweckt.

Ich schliesse hier einen Fall an, der als Paradigma für den Einfluss gastrischer Erscheinungen dienen kann und auch im Uebrigen manches in früheren Abschnitten Besprochene illustrirt.

81) T., angeblich nicht belastet, Tagelöhnerfrau, seit der „späten" Pubertät Hemicranie in schweren Anfällen, oft Gastricismen. 8 Kinder, letzte Geburt Mai 1878, im 41. Lebensjahre. Die Menses traten nicht wieder auf. Kurz vor Weihnachten deprimirte Stimmung. Am 2. Januar Tod des jüngsten Kindes. Am 8. Januar fiel Pat. in's Wasser, führte danach ganz verwirrte Reden, gestand, das Kind umgebracht zu haben, indem es seinen Kopf in die Waschschüssel gehalten habe, und dass sie den Versuch dazu schon einmal im October gemacht habe, weil es so kränklich gewesen sei und sich habe quälen müssen. In der Anstalt äusserte sie grosse Angst, Gehörshallucinationen (hört Geschrei ihrer Kinder, Anklagen, dass sie mit dem Teufel hure), Selbstmordneigung, Klagen über Brennen und Druck im Magen. Anhaltend geringer Appetit, schlechter Ernährungszustand, öfter Ohnmachtsanfälle, bis 7tägige Verstopfung. Später bei Fortdauer der epigastrischen und präcordialen Sensationen viel Blutwallungen zum Kopfe. Gleichzeitig mit diesen ängstlicher, meint, sie brenne, Alles werde verbrennen, die Blätter an den Bäumen seien Feuerflammen, geräth gelegentlich mit solchen Reden in sinnlose Angst. Oefter Nahrungsverweigerung. Blieb so bis 1881, wo mehr gleichmässige melancholische Stimmung bei Fortbestehen der Hallucinationen Platz griff. Immer geringer Appetit und Neigung zu Exacerbationen des Magencatarrhs. 1881 Typhus abdom. (?). Seit Januar 1885 phthisisch. Tod im Juni an Tuberculose. In der Pia des Kleinhirns ein haselnussgrosser Tuberkel. Uterusprolaps und Cervixhypertrophie.

82) V., ledig, Schwester hysterisch. Seit dem Climacterium gegen Ende der 40ger Jahre vielfache hysterische Beschwerden, chronischer Magencatarrh, Ohrensausen, Kopfschmerzen. Langsame Verschlechterung, beständiges Curiren an sich, mehr und mehr hysterisch. Nach Exacerbation des Magenleidens in der Mitte der 50ger zunehmend aufgeregt. Anstaltsaufnahme im 60. Jahre. Insufficienz der Mitralis, schlechter Ernährungs-

zustand, zeitweise Nahrungsverweigerung. Glaubt, dass ihr alles Genossene im Leibe sitzen bleibe, sie sei bis zum Halse zum Platzen voll, der Leib sei dick aufgeschwollen, der After zu. So seit Jahren unverändert. Jetzt 63 alt.

Solche meist nervösen Dyspepsien geben nicht selten die Ursache (nicht etwa die Folge) von Alkoholmissbrauch im Climacterium ab. So äussert auch *Schüle*, dass die Frauen vielfach um diese Zeit aus präcordialer Missstimmung zum Alkohol greifen. Ich bemerkte in der Einleitung, dass — wenigstens für England — die Trunksucht in den climacterischen Jahren ausserordentlich zunimmt. In Uebereinstimmung damit habe ich von allen Fällen, wo Excesse in potu der Aufnahme voraufgingen, nur einen constatirt, wo die Trunksucht in rüstiges Alter fiel, bei einer Vagabundin. In einem zweiten begann sie im 36. Jahre, Menopause im 44. Bei allen Uebrigen (sieben) in der Zeit der Menopause.

83) Kr., Beamtenfrau, eine Geburt, nach derselben einige Zeit nicht richtig im Kopfe, begann im 39. Jahre zu trinken, Magencatarrh, Ohrensausen. Im 40. glaubt sie sich vergiftet, hört Beleidigungen. Aufnahme. Menses unregelmässig, abundant, im 43. Jahre cessirend. Hallucinatorische Paranoia. Jetzt 48 alt. Im 46. Jahre nach Fluor albus ein schwer heilender Bubo inguinalis.

84) T., angeblich nicht belastet, in der Pubertätszeit epileptische Anfälle, Tagelöhnerwittwe, 4 Geburten. Begann im Climacterium [nach ihrer Angabe erst im 57. (?) Jahre Cess. mens.] in den 50ger Jahren zu trinken, im 62. Jahre Schwindelanfälle, später in Form von petit mal, zur Zeit der Aufnahme (im 65. Jahre) epileptische Anfälle mit postepileptischer Verwirrtheit. Jetzt 69 alt. Die Anfälle treten in unregelmässigen Intervallen, oft mit halbjährigen Pausen, auf. Viel Kopfschmerzen. Klagen über Ohrensausen.

85) P. Nicht belastet. Pubertät im 12. Jahre. Eheverlassen, 4 Kinder. Hatte immer chlorotische Beschwerden und Kopfschmerzen. Nahrungssorgen. Begann im 40. Jahre zu trinken, angeblich, weil sich der Appetit und die Kopfschmerzen dadurch besserten, „ab und zu einen Schluck Franzbranntwein". Ohrenklingen. Im 41. plötzlicher Ausbruch von Unruhe, glaubt Gift in den Speisen zu erhalten, hört Frauenzimmer Schlechtes über sie sprechen, Schurren und Klopfen über ihrem Kopfe. Insufficienz der Mitralis. Anfälle von Angina pectoris, schlechter Appetit, zahllose hysterische Klagen. Reizbare, zänkische Person von elendem Aussehen und vorzeitig gealtert. Menses unregelmässig und zuletzt nur spurweise. Damit entlassen.

In der Betheiligung des Verdauungstractus am Krankheitsbilde scheint mir ein bemerkenswerther Unterschied zwischen den beiden

Geschlechtern in dieser Altersstufe zu bestehen. Während bei den Männern die Beschaffenheit des Stuhlgangs den Gegenstand der grössten Sorgen bildet, sind es bei den Frauen grade die ersten Wege, deren Erkrankung ihr Gemüth benachtheiligt. Die Hauptklage der männlichen Hypochonder ist bei Frauen selten, und bei Frauen prägt sich weit mehr die Neigung aus, ihre Verdauungsstörungen zu allegorisiren.

Gegenüber diesen Empfindungen aus gastrischen Quellen traten Geruchstäuschungen bei den Kranken meiner Beobachtung zurück. v. *Krafft-Ebing* betont allerdings ihre Häufigkeit im Climacterium, bemerkt aber dabei, dass sie von Geschmacksillusionen oft nicht zu trennen sind. Jedenfalls habe ich ihr isolirtes Auftreten, wie es bei jüngeren Frauen nicht selten ist, nur in vereinzelten Fällen beobachtet. Wenn in der That ein ätiologischer Zusammenhang der Geruchstäuschungen mit Ovarienleiden besteht, so legt dieser Unterschied zwischen älteren und jüngeren Frauen die Vermuthung nahe, dass Reizzustände des leistungsfähigen Ovariums mehr zu Geruchstäuschungen disponiren als Atrophievorgänge desselben. Da, wo sie in meinen Fällen bestanden, waren sie in der Regel mit Uterusleiden, zugleich aber auch mit gesteigerter sexueller Begehrlichkeit verbunden.

Ich finde eine grosse Uebereinstimmung in der Einwirkung der gastrischen Parästhesien mit den sexualen und den Ohrgeräuschen im Climacterium. Wie die letzteren in ihrer Qualität lange Zeit richtig erkannt, langsam aber oder bei acuter psychischer Erkrankung plötzlich illusorisch appercipirt werden, so können gastrische und sexuelle Empfindungen lange richtig beurtheilt werden, führen aber schliesslich zu Argwohn, vergiftet, inficirt oder behext zu sein, oder treten bei Ausbruch der Psychose plötzlich verfälscht in das Bewusstsein. Sie haben noch ein anderes Analogon im Seelenleben. Die alternde Ledige hat ihre mit den Jahren zunehmende Vereinsamung wie die um ihre Existenz kämpfende Wittwe ihre Nothlage richtig beurtheilt, im Climacterium trübt sich mit der beginnenden Psychose ihr Urtheil und mehr und mehr tritt der Argwohn, beeinträchtigt, verfolgt, verleumdet zu sein hervor oder giebt der Erkrankung aus anderen Ursachen Colorit. Die Ehefrau hat bisher die Aenderungen im Eheleben, wie sie die beginnende Senescenz beider Ehegatten naturgemäss herbeiführen,

vielleicht schwer empfunden aber richtig erklärt, allmählich oder plötzlich haftet der Gedanke, dass sie der Mann verabscheut, dass er von Anderen captivirt ist, sie aus dem Wege räumen will. Die gastrischen Symptome führen bei den Ledigen zur Bildung von allerlei hysterischen Wahnideen, bei den Verheiratheten zum Glauben vergiftet zu sein, die sexuellen bei den Ledigen zum Wahne, geschlechtlich gemissbraucht zu werden, der „Krankheit der alten Jungfern per excellence", wie sich ***Maudsley*** ausdrückt, bei den Verheiratheten, vom Manne inficirt zu sein. In gleicher Weise ist eine durch individuelle Erfahrungen und Wünsche modificirte Objectivirung der Ohrgeräusche charakteristisch. Auch hinsichtlich des prognostischen Werthes scheint zwischen diesen Symptomen kein Unterschied zu bestehen. Werden solche lange bestehenden Sensationen verfälscht in den Vorstellungskreis aufgenommen, so trüben sie die Prognose, gleichgültig, welcher Quelle sie entstammen.

Indessen, dies sind empirische Axiome. Die Ursache der Schwere und präsumtiven Unheilbarkeit der im Climacterium entstandenen Psychosen ist dadurch nicht gegeben, dass vorwiegend chronische und schwer zu hebende körperliche Störungen den Wahnvorstellungen Nahrung und Farbe liefern. Sie müssen vielmehr wie die Psychose selbst als Theil einer Allgemeinerkrankung angesehen werden oder eine Schwäche im Centralnervensystem zur Voraussetzung haben, die ihnen ermöglicht, so schädlich auf die Psyche zu wirken. Ohrenleiden, Dyspepsie, Genitalaffectionen bestehen in jedem Lebensalter, warum werden sie im Climacterium besonders schädlich, und warum prädisponirt das Climacterium zu depressiven Formen und zu schweren Psychosen? Mit der Erklärung, dass mit ihm deprimirte Stimmung und eine gewisse Gemüthsreizbarkeit solidarisch verbunden ist, ist offenbar gar nichts gesagt, man bewegt sich damit im Kreise.

Ich habe an der Hand meines Materials nachzuweisen gesucht, dass hereditäre Belastung ein sehr wesentlicher Factor hinsichtlich der Disposition ist, dass die hervorstechenden Züge in den Krankheitsbildern die der hereditären Psycho-Neurosen sind, und dass die Psychosen gern in der Form der hereditär-degenerativen auftreten. Ferner, dass sich in der Mehrzahl der Fälle eine ererbte Asthenie des vasomotorischen Systems manifestirt, die sich in Chlo-

rose, Herzfehler und früher Atherose zur Geltung bringt. Die Frage ist, wie weit hiermit die psychischen Symptome in Einklang zu bringen sind, die, wie aus der Zusammenstellung der Formen hervorgeht, depressiven Charakter haben: Melancholie, initiale Melancholie, neurasthenische und hysterische Zustände. Die Paranoia ist fast ausschliesslich mit Zügen des Persecutionsdelirs ausgestattet und tendirt zu Schwachsinn und terminaler Verblödung. Beruht Depression auf Ernährungsstörung durch mangelhafte Blutcirculation, so muss den climacterischen Psychosen in erster Linie Hirnanämie zu Grunde liegen und, nach ihrem progressiven Verlauf zu urtheilen, einen stabilen Charakter tragen, der dauernd die Gehirnernährung beeinträchtigt. In der That giebt es keine bestechendere Theorie für die Erklärung dieser Vorliebe zu depressiven Formen sowohl als für die zahlreichen nervösen Erscheinungen des Climax.

Am nächsten lag, die supponirte Anämie als Folge climacterischer Blutverluste zu deuten. Mag dies auch bei einzelnen Fällen wesentlich in Betracht kommen, so sind doch erschöpfende Blutungen bei Weitem nicht so häufig, um in ihnen eine allgemein gültige Ursache aufsuchen zu dürfen. Ueberdies sind die Psychosen aus acuten oder lange dauernden Blutverlusten durchaus nicht identisch mit den im Climacterium gewöhnlichen. Ich unterschätze den Einfluss der Metrorrhagien in der Menopause nicht, nur kann ich ihnen, auch da, wo sie entkräftend wirkten, nicht den Hauptantheil an der psychischen Reaction zumessen. In dem grössten Theil meiner Fälle haben gewisse pathognomonische Züge bereits bestanden, bevor die Blutungen auftraten, insbesondere neurasthenische Symptome. Die Blutungen waren Symptom oder Complication, nicht Ursache. Die cerebrale Anämie hatte, wenn sie mit *Meynert* Ursache der melancholischen Stimmung, mit *Scanzoni* Ursache der Hysterie ist, bereits vorher bestanden. Als ihr Ausdruck ist die sich langsam vertiefende Depression des Gemüths aufzufassen, die bei Gesunden (?) sich auf leichte Verstimmung beschränkt und dabei stehen bleibt, als ihre Folge die Tendenz zu Chronicität, zur Verminderung der intellectuellen Kräfte, zu terminalem Blödsinn und zu Paralyse. Dies Alter giebt deshalb für maniakalische Exaltationszustände keinen Boden her (*Schlager, Guislain, Maudsley* u. A.). Neben diesem stabilirten Deficit in dem Hirnernährungsbudget muss aber noch eine Neigung zu acuter und passagerer

Steigerung der Anämie bestehen. Das kündigt sich durch die Neigung zu Kopfschmerz, Hemicranie, Schwindel und epileptischen Anfällen an.

Der Kopfschmerz des Climacteriums scheint mir in der grossen Mehrzahl der Fälle anämischen Ursprungs zu sein. Ich schliesse dies daraus, dass er sich zu Menorrhagien oder Metrorrhagien gesellt, selbst zu den gewohnten Monatsflüssen, dass er in deren Beginn oder Höhestadium zu fallen pflegt, und endlich, dass Amylnitrit oder Compression der Halsnerven bei ihnen gute obgleich kurzdauernde Dienste thut. Namentlich aber daraus, dass er als Stellvertreter oder Begleiter von Schwindel- oder epileptischen Anfällen auftreten kann. Ich bemerkte bereits bei Besprechung der climacterischen Wallungen, dass mit dem Congestionsgefühl und dem Schweissausbruch gewöhnlich die Beschwerden der Frauen ihr Ende erreicht haben: der Kopfschmerz geht ihnen vorauf. Ferner giebt der Umstand, dass er in manchen Fällen hemicranisch ist oder mit hemicranischem alternirt, Aufklärung über seine Natur. Hemicranie ist nach *Eulenburg*[1]) Ausdruck intercranieller Circulationsschwankungen und auf mässige Anämie zurückzuführen, die totale führt zu einem epileptischen Anfall. Ich habe an mehreren Fällen an anderer Stelle nachgewiesen, dass Kopfschmerz, Hemicranie und Schwindelanfälle nicht blos mit einander abwechseln, sondern in einzelnen Fällen eine Affection darstellen, deren mildeste und erste Aeusserung Kopfschmerz, deren letzte und schwerste der epileptische Anfall ist, nachdem die Zwischenstufen der Migräne und des Schwindelanfalls durchlaufen sind. In einer anderen Reihe von Fällen alternirten Hemicranie in der Pubertät und Epilepsie im Climacterium, Epilepsie in der Pubertät und Migräne im Climacterium, sowie die eine Affection in der Ascendenz, die andere in der Descendenz. Dass Epilepsie durch Rindenanämie zu Stande kommt, wird mehr und mehr wahrscheinlich [*Kussmaul* und *Tenner*[2]), *Binswanger*[3]), *Lépine*[4]), *Knies*[5]), *Siemens*[6])], für die Eclampsie ist

[1]) *Eulenburg*, l. c.

[2]) *Kussmaul* u. *Tenner*, *Moleschott*'s Ztschrft. Bd. 3.

[3]) *Binswanger*, Pathogenese des epil. Anfalls. Arch. f. Psych. Bd. 19.

[4]) *Lépine*, Epilepsie avec congestion cérébrale etc. Rev. d. méd. 18.

[5]) *Knies*, Ueber Augenbefunde bei Epilepsie. Vortr. 1888.

[6]) *Siemens*, Notizen zur Epilepsie. Neurol. Centrbl. 1882. 1883.

dies factisch nachgewiesen [*Leidesdorf*[1])] und deren enge Verwandtschaft mit Epilepsie, die sich auch in mehreren meiner Fälle nachweisen liess, ist unbestritten (*Arndt*). Manche der cerebralen Reizsymptome im Climacterium mögen auf Hyperämie beruhen, für die meisten, insbesondere für den Schwindel, möchte ich anämische Processe in Anspruch nehmen. Vielleicht ist hierfür eine klinische Beobachtung nicht ohne Bedeutung, dass der instinctive Hang der Neurastheniker und Epileptiker, ausser durch Stimulantien, sich durch enge Halskragen und festes Zuschnüren der Halstücher künstlich Hyperämie zu verschaffen, sich auch bei vielen Climacterischen durch festes Einwickeln des Kopfes und ähnliche Kunstgriffe zu offenbaren scheint. Bezüglich der Schwindelanfälle bestärkt mich in meiner Auffassung, dass ihnen wie gewissen epileptischen Anfällen auf Anämie deutende Symptome voraufgehen können. *Mendel*[2]) beschreibt als präepileptische psychische Erscheinungen Schwerbesinnlichkeit, melancholisch-hypochondrische Zustände, Zwangsvorstellungen, Aengstlichkeit, Unruhe, *Griesinger* nennt Angst und Melancholie als Vorläufer epileptischer Anfälle. Ich erwähne beiläufig, dass sich bei einer jungen Epileptischen in meiner Beobachtung der Anfall oft auf einen Ausbruch von Weinen, die jedesmal in gleicher Form wiederkehrende Vorstellung, vom Vater enterbt zu sein, präcordiale Angstempfindung und zuweilen leichter Schwindel (in dieser Reihenfolge) beschränkte. Ganz Aehnliches habe ich in den Fällen von epileptoiden Zuständen bei Climacterischen gesehen, namentlich Neigung zu Reizbarkeit und Querelen. Es ist kein Zufall, dass diese präepileptische Gemüthsrichtung, wie sie *Mendel* beschreibt, an Zügen ausserordentlich reich ist, die auch den climacterischen Psychosen eigen sind.

Das präepileptische Irresein ist eine verlängerte Aura und wird wie die kurze durch eine mehr oder minder langsame Zufuhrverminderung zu den Rindenfeldern zu erklären sein, deren Reizung die Aurasymptome hervorruft und von denen aus sich der Anfall ausbreitet. So kann auch nur die prompte Wirkung von Amylnitrit in solchen Zuständen [*Schröter*[3]) u. A.] verständlich

[1]) *Leidesdorf*, l. c.

[2]) *Mendel*, Ueber präepil. Irresein. Vortr.

[3]) *Schröter*, Ueber einige neue Arzneimittel. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 32.

werden, es ist ein Stehenbleiben des Processes auf einer niedrigen Stufe, auf einem Prodromalstadium. Dass der epileptische Anfall auch ohne Eingriffe unvollendet bleiben kann, zeigt jeder Fall von Schwindel, Präcordialangst, Verwirrtheit oder Zuckungen bei Epileptikern. Auch in dieser Beziehung unterscheidet sich die genuine Epilepsie nicht von Schwindel und ähnlichen epileptischen Symptomen gewisser Climacterischer. Die leichten Zuckungen mit oder ohne Complication durch Schwindel oder Bewusstseinstrübung bei ihnen, sind, wie auch *Arndt* betont, leichte Formen epileptischer Anfälle und rühren von Aenderungen im arteriellen Stromgebiete her [*Jackson*[1]), *Meynert*[2])]. Vermuthlich stellt ein Phänomen, das bei Climacterischen und Nervösen überhaupt oft den Schlaf stört, die Gliederzuckungen im Momente des Einschlafens, die leichteste Form dieser Zuckungen im Wachen dar. Das nächtliche Aufschrecken im Schlafe, das als epileptischer Natur anzusehen ist (*Westphal*), wäre nur graduell von jenen verschieden und ist vielleicht mit der Vorliebe zu nächtlichen Anfällen bei Epilepsie in eine Reihe zu stellen. Ich stehe nicht an, die anfallsweise auftretenden Hitzeempfindungen, die Präcordialangst und die mit ihr verbundenen temporären Empfindungen, Feuer im Leibe zu haben, verbrannt zu werden, die ängstlichen Vorstellungen wie im Falle Q. No. 80, mit Epilepsie in Verbindung zu bringen. Dass Hitzeempfindungen unter die Erscheinungen gestörter Circulation im Gehirn gehören können, erwähnt *Virchow*.

Was die Präcordialangst anbelangt, so gehen die Ansichten über ihre Localisation auseinander, die einen verlegen sie in das Herz, andere in das Centralorgan, wahrscheinlich bestehen beide Arten und Uebergänge zwischen ihnen. Mag sie peripher oder central, eine Localneurose des Herzens oder Ausdruck einer centralen sein, jedenfalls ist ihre Apperception, die Angst, an anämische Vorgänge im Gehirn gebunden und steht auf dem gleichen Boden, wie anämischer Schwindel, Migräne und epileptischer Anfall.

Die Vorliebe des Climacteriums für solche aus acuter Verminderung der Blutzufuhr zum Gehirn resultirenden Symptome kann

[1]) *H. Jackson*, Occasional arts of conscionsness etc. Med. tim. a. gaz. 1868.

[2]) *Meynert*, Ueber d. Beziehungen zwischen Epilepsie und Manie. Wien. med. Ztg. 1872.

in zweierlei Ursachen liegen, entweder ist es für Schwankungen, die das normale Gehirn verträgt, empfindlicher geworden, es liegt seine Reizschwelle abnorm tief, oder die Schwankungen sind abnorm gross, es sind ihre Schwellenwerthe höher geworden. Das letztere ist für gewöhnlich auszuschliessen, denn die Reize, die im Climacterium das Gehirn treffen, sind gewiss nicht stärker als im Vorleben, selbst die Blutungen des Climax sind im Verhältniss zu denen, die der Organismus bei Geburten, während Verletzungen, selbst während der Menstruation überstand, nicht von ungewöhnlicher Abundanz. Es hat wenig Wahrscheinlichkeit, dass die Reize, die aus den Umwälzungen im Geschlechtsapparat quellen, an sich grössere Stärke besitzen als die, welche den Körper während des Geschlechtslebens trafen. In diesem Sinne kann man den von *Buckham*[1]) aufgestellten Satz: „Menopause schafft keine organische Läsion des Gehirns, also keine Geisteskrankheit," gelten lassen. Ebensowenig kann den Gemüthsbewegungen um diese Zeit grössere Schwere als sonst vindicirt werden. Wären die bewussten oder unbewussten Reflexionen, die dem Weibe aus dem Schwinden ihrer Reize erwachsen sollen und die einzelne Autoren zu wahren Elegien darüber veranlassen, wirklich Schuld an der Depression, die auch dem gesunden Weibe in der Menopause nicht erspart bleiben soll, so wäre es ganz unverständlich, warum sich dieselben Erscheinungen, dieselbe weltschmerzliche, hypochondrisch-hysterische Verstimmung, dieselben nervösen Leiden bis zur cyclischen und epileptischen Psychose auch in der Pubertät mit derselben Vorliebe etabliren, wo man, wenn überhaupt die Reflexion eine Rolle spielt, das Gegentheil in der Stimmung erwarten sollte. Ich halte mein Material deshalb grade für werthvoll, weil es in der grossen Mehrzahl Kreisen entnommen ist, denen nichts weiter abliegt, als Betrachtungen über ihr Schicksal anzustellen, die von der Furcht vor den Gefahren der Menopause — nach *Kisch* von grosser Bedeutung für die Psyche der Frauen — keineswegs angekränkelt werden, die in kleinen wohlhabenden Gemeinden lebend der Noth und der Vereinsamung anderer Frauen in diesem Alter nicht leicht ausgesetzt sind. Trotzdem aber erkranken sie und in der typi-

[1]) *Buckham*, The menopause, its relation to insanity. Medico-leg. journal 1888.

schen Weise, die bei jenen Frauen Schädlichkeiten beigemessen wird, welche ihnen erspart bleiben.

Es ist herabgesetzte Widerstandsfähigkeit, die im Climacterium zur Erkrankung führt, wie in der Pubertät. Worin aber beruht sie? Die Antwort: im Alter, genügt nicht. Das Alter fängt nicht mit diesem oder jenem Jahrzehnt an, jedes Organ altert für sich, der Mensch stirbt von Stück zu Stück ab (*Bichat*), die Augen altern gleichsam von der Kindheit an. Es würde gewaltsam verfahren werden, mit *Durand Ferdel* den Altersbeginn mit dem Verluste der Zeugungsfähigkeit zu identificiren. Eine Frau, deren Genitalien mit 40 Jahren senescirt sind, d. h. die ihre Menopause im vierzigsten Jahre hatte, kann in den Sechzigern noch eine blühende Frau sein, und eine andere, deren Menses im fünfzigsten Jahre nach grösster Regelmässigkeit fliessen, ist mit 45 Jahren schon eine Matrone gewesen. Es kommt darauf an, welches Organ altert, wie früh und wie schnell. Grade beim Altern erweist sich die Vererbung von grösster Bedeutung, nicht nur in Hinsicht auf die Lebensdauer, sondern mehr noch auf die Senescenz der einzelnen Organe. Es altert der Theil des Organismus, der am schwächsten veranlagt ist und am wenigsten den an ihn gestellten Anforderungen gewachsen gewesen ist; das ist aber, wie ich mich an meinen Fällen nachzuweisen bemüht habe, bei den Frauen, die im Climacterium erkranken, in erster Linie das vasomotorische System. Mag die ererbte Constitutionsanomalie derselben mehr anatomisch im Centrum in der von *Arndt*[1]) und *Hellweg*[2]) betonten Abweichung vom Normalen constituirt sein oder sich peripher in chlorotischer Wachsthumshemmung des Gefässrohrs, Herzfehler, atheromatöser oder sonstiger Erkrankung [*Adler*[3])] äussern, physiologisch in grösserer Erregbarkeit des Centrums und Neigung zu epileptischen Anfällen (*Nothnagel*), Migräne (*Eulenburg*), cyclischen Psychosen (*Meynert*), neurasthenischem periodischem Stimmungswechsel (*Arndt*), Präcordialangst [*v. Krafft-Ebing*[4]), *Arndt*], Neur-

---

[1]) *Arndt*, l. c.

[2]) *Hellweg*, l. c.

[3]) *Adler*, Ueber einige pathol. Veränderungen in der Gehirnrinde Geisteskranker. Arch. f. Psych. Bd. 5.

[4]) *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch.

algien [*Thoma*[1])], Oedemen [*Börner*[2])]: gemeinsam ist allem Insufficienz und als deren Folge Ernährungsstörung in den zu versorgenden Theilen, frühzeitiger Verbrauch des Gefässrohrs, Atherose und Herzfehler.

Ist die Atherose weit vorgeschritten, oder hat sie an besonders ungünstigen Stellen ihren Sitz, so kann es zu Apoplexien kommen. In den 5 Fällen, wo es sich um psychische Folgezustände nach Apoplexie handelt, fand der Insult zweimal im Jahre der Menopause, einmal im Jahre vor derselben statt, in den beiden anderen war die Zeit der Menopause unbekannt, die Apoplexie war im 51. und im Anfang der Fünfziger aufgetreten.

Das Bestreben, gewisse cerebrale Functionsstörungen auf Atherose der Hirngefässe zurückzuführen, ist angesichts der Häufigkeit des Zusammentreffens berechtigt. Dass Dementia senilis ganz besonders der Ausdruck mangelhafter Gehirnernährung in Folge von Atherose ist, findet kaum Widerspruch. *Fürstner* bezieht Kopfschmerzen, Kopfdruck, Schwindelzustände, dann Obstipation, Schlaflosigkeit, weinerliche Stimmung in gewissen Fällen seniler Psychosen auf Atherose. *Runge*[3]) schreibt ihr das Auftreten von Gefühl des Schwindels und des Schwebens zu, *Güntz* die epileptoiden Anfälle bei Senilen, ebenso *Hertzka*. *Echeverria*[4]) betont ihre Häufigkeit bei Epileptikern jeden Alters. *Weill*[5]) theilt in seiner Arbeit über den Schwindel die Anfälle in drei Gruppen, deren eine die aus Atherose und Anämie entstehenden umfasst. Auch die Angabe *Millet's*[6]), dass Schwindel bei Melancholie, Angst, bei Alcoholismus chronicus, im Beginne der Paralyse, nie aber bei Manie auftritt, ist theils auf Anämie, theils auf Atherose und beides zu beziehen.

Die Atherose muss in zweierlei Weise wirken, durch continuirliche Beschränkung der Circulation (Verlangsamung und Verkleinerung des Querschnitts der Blutsäule) und durch verminderte Beweglichkeit des mehr oder minder starren Rohres. Auf die erste

---

[1]) *Thoma*, Ueber das Verhalten der Arterien bei Supraorbitalneuralgien. Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1888.

[2]) *Börner*, Nervöse Hautschwellungen etc.

[3]) *Runge*, Ueber Kopfdruck. Arch. f. Psych. Bd. 6.

[4]) *Echeverria*, On epilepsy. 1870.

[5]) *Weill*, Des vertiges. 1886.

[6]) *Millet*, Des vertiges chez les aliénés. Ann. méd.-psych. 1884.

müssen sich die chronischen Symptome (Depression, Abnahme der Intelligenz) beziehen, auf die zweite die episodischen (Schwindel). In Parallele damit stehen die aus Atherose herrührenden Ohrgeräusche: perpetuirliches Ohrensausen einerseits und passageres andererseits. Aenderung in der Blutzufuhr zum Gehirn reflectorischer Natur oder durch Ueberfüllung peripherer Organe kommt in episodischen Gehirnsymptomen zur Darstellung. Solchen Schwankungen aber muss das vasomotorische System Belasteter, Neurasthenischer und Hysterischer in besonderem Maasse Vorschub leisten, genügt doch schon bei gewissen Individuen ein einfacher peripherer Hautreiz, um ausgedehnte vasomotorische Symptome auszulösen, wie dies die Fälle künstlichen Erröthens [*Kelp, L. Mayer*[1])] darthun. Zu der Schwäche des vasomotorischen Systems kommt noch, dass die verschlechterte Ernährung des Gehirns seine Reizschwelle abnorm tief lagert. So ist es zu erklären, warum Gemüthsbewegungen, die dauernden, wie Kummer, und die plötzlichen, wie Schreck, ein solches Gehirn weit schwerer treffen, als ein mit rüstigen Gefässen ausgestattetes, warum Alkohol schlechter vertragen wird, warum aber auch ein anämisches Gehirn Alkohol — ein angioparalytisches Gift — gleichsam instinctiv liebt und den kurzen Vortheil mit langem Nachtheil büsst. Ist doch die periodische Trunksucht eine Melancholie, keine Manie [*Kirn*[2])]. Seitdem die Theorie, dass der Melancholie, wenigstens bestimmten Formen derselben, anämische Vorgänge zu Grunde liegen, Anhänger gefunden hat, ist den Arzneimitteln, die active Hyperämie erzeugen, besondere Aufmerksamkeit geschenkt worden. Amylnitrit ist von *Schramm*[3]), *Otto*[4]), *Schröter*[5]) u. A., Alkohol von *Obermeyer*[6]) bei Melancholie mit gutem Erfolge versucht worden und sie würden souveräne Mittel sein, wenn nicht der Zustand der Gefässe und

---

[1]) *Kelp, L. Mayer*, Ueber künstliches Erröthen. Arch. f. Psych. Bd. 5.

[2]) *Kirn*, Trunksucht und Dipsomanie. Med. Wochenschr. 1884.

[3]) *Schramm*, Ueber d. Wirkung d. Amylnitrits bei Melanch. Arch f. Psych. Bd. 5.

[4]) *Otto*, Ueber Amylnitrit. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 31.

[5]) *Schröter*, l. c.

[6]) *Obermeyer*, Anwendung des Aethylalkohols b. Geisteskr. Arch. f. Psych. Bd. 4.

des Herzens grösstentheils ihre Anwendung gefährlich oder die Gewöhnung den Nutzen illusorisch machten.

Ferner ist es erklärlich, warum ein solches Gehirn auch auf physiologische Vorgänge in abnormer Weise reagirt und reagiren muss. Bei einer Hysterischen brauchen die Menses weder in Quantität noch in Qualität anders geartet zu sein als bei Gesunden und doch ist sie während derselben schwer krank. Die Blutverluste, die eine normal veranlagte Climacterische ohne Nachtheil erleidet, können eine Abnorme tief erschöpfen. Damit stelle ich in eine Reihe, dass ich bei Climacterischen aus meiner Beobachtung häufig die Erscheinung antraf, dass sich die letzten Menses vor der Pause mit ungewöhnlichen Symptomen verbanden, oder ohne abundant zu sein, die Frauen in höherem Maasse als früher angriffen. Ich verweise auf die Fälle, wo regelmässig Krämpfe (Fall W. No. 70 u. H. No. 1), Angstzustände (O. No. 2) hohe erotische Erregung (M. No. 78) u. s. f. mit Menses auftreten. In einem Falle 86) B. (Frl., im 22. Jahre hysterische Zustände, im 45. Depression, religiöse Hallucinationen) gingen mit den fünf Menstruationen, die sie in der Anstalt hatte, heftige Angstzustände, gewöhnlich am 1. oder 2. Tage der Menses, einher und folgten noch zwei mal in den bisherigen Zeitabständen ohne Menses, während eine Blutung vier Monate später nicht mit besonderer Erregung verknüpft war. Die Angstzustände wurden mit Cessiren der Menses mehr sporadisch und hörten schliesslich mit dem Vortreten paranoischer Erscheinungen ganz auf. In mehreren Fällen habe ich Erbrechen, Migräne, Ohrensausen, melancholische Verstimmung zur Zeit der Menses constatirt, einmal Oedeme der Unterschenkel. Da wo Schwindelanfälle bei noch menstruirten Climacterischen vorhanden waren, habe ich sie in einigen Fällen mit den Menses zusammenfallen sehen. In dieser Coincidenz sehe ich ein Analogon oder eine milde Form der Menstrualpsychose, die nach der Schilderung *v. Schlager, v. Krafft-Ebing, Schüle* u. A. dem epileptischen Anfalle nahe steht, von *Fritsch* zum grössten Theile überhaupt der Epilepsie zugerechnet wird. Soweit ich die Literatur über menstruales Irresein und nervöse Complicationen der Menses kenne, habe ich keine Bestätigung dieser Beobachtung gefunden, dass die letzten Menses dazu ein nennenswerthes Contingent stellen. Die älteste der Kranken *v. Krafft-Ebing*'s war 35 Jahre alt. Indessen finde ich, dass die

Frauen selbst ihre nervösen climacterischen Beschwerden mit der Menstruation in Zusammenhang bringen. Theils bestehen sie zur Zeit der noch regelmässigen Menses, theils verharren sie in einer gewissen Periodicität, nach dem Blutabgänge nicht mehr statthaben.

Das letztere ist eine sehr bemerkenswerthe Thatsache. Offenbar bedarf es für die Wirkung der Menstruation auf die Psyche nicht der eigentlichen Blutung. Auch das menstruale Irresein kann ohne Blutung, nur zur Zeit, wo sie hätte auftreten sollen, zur Beobachtung gelangen. Maassgebend ist nicht die Blutung, sondern die Congestion zu den Genitalien, die der Menstrualblutung jedenfalls vorangeht. Blutabgang ist eine secundäre Erscheinung und kann unter besonderen Verhältnissen — ich erinnere an Chlorose — trotz der Ovulation fehlen. Auch bei Kyphoskoliose und Herzfehlern scheinen Ovulationsvorgänge schon Jahre hindurch bestehen zu können, ohne dass es zu Blutung kommt. Sicher ist aber auch, dass die Ovulation im Climacterium die Blutung mehr oder minder lange überdauern kann, wie aus Fällen von Schwangerschaft jenseits der Menopause hervorgeht. Verhält es sich so, dann muss sich menstruale Periodicität auch nach der Menopause geltend machen können. Sie tritt schon in den regelmässigen postclimacterischen Blutungen bei Uterusneubildungen in Erscheinung.

Ich verfüge über einen Fall, den ich bereits an anderer Stelle skizzirt habe (Br., No. 69), der aber noch in der Beziehung von Interesse ist, dass sich evidente Periodicität, wenn auch mit gradatim steigender Frequenz, in seinen Anfällen zeigt. Ich habe den Fall in meiner Uebersicht als Epilepsie bezeichnet.

Die Frau behauptet erst im 60. (?) Jahre die letzte Menstruation gehabt zu haben. Ihre Anfälle traten in den Jahren 1882 bis 1886 selten auf; im Jahre 1887 häufiger und in folgenden Abständen:

9./1. 24./2. 3./3. 9./5. 5./6. 2./7. 1./8. 12./10. 21./11.
=45 T. 35 T. 40 T. 25 T. 45 T. 41 T. 42 T. 40 T.

2./12. 31./12. 15./1. 16./2. 14./3. 11./4. 23./4. 19./5. 13./6.
10 T. 31 T. 15 T. 31 T. 27 T. 28 T. 12 T. 27 T. 25 T.
41 T. 47 T.

6./7. 18./8. Furunculose (Kein Anfall) 19./9. 13./10. ?/11. Furunculose (Kein Anfall) 19./12.
25 T. 43 T. 30 T. 25 T. 68 T.

29./12. Furunculose Schwindelanfall 12./1. 3./2. 27./2.
10 T. 22 T. 24 T.
24 T.

Eine palpable Genitalerkrankung besteht nicht.

In einem anderen Falle (T. No. 81), Cessat. mens. im 41. Jahre entnehme ich aus dem Journal folgende Notizen nach ihrer Aufnahme im 42. Jahre:

16. April Angstzustand, 12. Mai Kopfschmerz und mehrtägige tiefe Depression (Intervall 26 T.), 3. Juni desgl. (Intervall 22 T.), 26. Juni desgl. (Intervall 23 T.), aber bis zum 19. Juli anhaltend (24 T.), dann gleichmässige Stimmung bis zum 31. Aug., wo Brennen im Leibe und Angst auftrat (43 T. Intervall), 16. Oct. desgl. (46 T.), 7. Nov. desgl. (21 T.), 28. Nov. desgl. (21 T.), 16.—27. Dec. desgl. und 17.—23. Jan., jedesmal ca. 25 Tage Intervall. Am 10. Febr. Ohnmachtsanfall und Erbrechen (ca. 21 T.), 25. März Angstanfall (44. T.), 10.—16. April weinerlich, 15. Juli Nahrungsverweigerung, Zwangsfütterung, gleichmässiger stuporöser Zustand.

In den cyclischen Formen (z. B. E. No. 8) sah ich durch die letzten Blutungen einige Male die melancholische Phase eingeleitet.

Wie man sich die Wirkung der menstrualen Congestion zu den Genitalien auf das Gehirn zu deuten hat, ist zweifelhaft. Gewiss ist, zumal in einem widerstandsunfähigen, anämischen, chlorotischen Körper die episodische gesteigerte Blutzufuhr zu einem Organe für die anderen nicht gleichgültig, indessen ist es mehr als fraglich, ob die cerebralen Reizerscheinungen zur Zeit dieser Congestion durch die höchst einfache Theorie der Aenderung der Blutvertheilung allein zu erklären sind, eher da, wo stärkere Blutabgänge auftreten. Der Reflex spielt wahrscheinlich dabei eine grössere Rolle. Unzweifelhaft werden von den menstrualen Vorgängen ganz besonders vasomotorische Nerven afficirt (*v. Krafft-Ebing*[1]). Das vasomotorische System ist es aber, das sich bei den climacterischen Psychosen als insufficient erweist und früh erlahmt (*Arndt*, Neurasthenie). Die Reizung vasomotorischer Centren muss sich bei Veranlagten in schwereren Symptomen äussern als sonst und kann, wo es sich um epileptische Constitutionen handelt, Epilepsie erzeugen. Die Grundlage der Epilepsie ist nach *Nothnagel* eine dauernde Veränderung der Erregbarkeitsverhältnisse der Grosshirnrinde: die „epileptische Veränderung" und der epileptische Anfall ist mehr oder minder ausschliesslich an Erregung des vasomotorischen Centrums gebunden (*Nothnagel*). Die Disposition epileptischer Frauen zu Krämpfen in der Zeit der Menstruation lässt

[1]) *v. Krafft-Ebing*, Irresein zur Zeit der Menstruation. Arch. f. Psych. Bd. 8.

sich dadurch ungezwungen deuten und ihr würde die Disposition neurasthenischer Frauen zu Migräne und hysterischen Zuständen zur Zeit ihrer Menses entsprechen. Der Umstand, dass sie sich bei herannähernder Menopause steigern oder erst da einstellen können, muss, wenn nicht die Reize stärker geworden sind, in grösserer Reizbarkeit liegen und, ich komme wieder darauf zurück, diese Reizbarkeit ist durch die beginnende Senescenz des vasomotorischen Systems verursacht. War bei den asthenischen Individuen die Pubertät dadurch gefährlich, dass ihr vasomotorisches System in seiner Ausbildung gegenüber den raschen Veränderungen im Körper zurückgeblieben war und ein Deficit erzeugte, welches das Nervensystem zu büssen hatte, so ist das Climacterium bei ihnen gefährlich, weil das vasomotorische System bereits abgerüstet hat, während wichtige Functionen in anderen Organen noch die früheren Anforderungen stellen. Das Deficit ist hier wie da und die Folgen sind dieselben.

So kommt es, dass die letzten Menses die beschwerlichsten werden können, dass sich Hysterie und Migräne zum Climacterium gesellen und es überdauern, dass die Klagen der Frauen vor der Menopause am stärksten sind. Ferner, dass grade diese Zeit für die Climacterium-Psychosen die gefährlichste ist (*v. Krafft-Ebing, Buckham*), dass, weil ovarielle Congestionen noch längere Zeit post menopaus. fortbestehen, auch die Zeit nach der Cessatio mens. Neurosen und Psychosen gleicher Natur wie die präclimacterischen erzeugen kann.

Hier mag ein Fall Erwähnung finden, der auch die forensische Bedeutung der climacterischen Psychosen streift.

87) W., Tagelöhnerfrau, Schwester epileptisch (?), über Pubertät nichts bekannt. Zur Beobachtung auf 6 Wochen der Anstalt überwiesen. 5 Geburten, nach der letzten vor 13 Jahren wegen „Blutbrechen" mehrere Monate krank. Menses immer unregelmässig. Menopause im 51. Jahre, drei Jahre vorher trat mit ziemlicher Regelmässigkeit Oedem der Beine mit der Menstruation auf und wiederholte sich angeblich mit gleicher Häufigkeit nach der Cessat. mens. Starke Varicen an den Beinen, markirte Atherose. Im 53. Jahre aufgenommen. 5 Jahre vorher Ohnmachtsanfälle mit Ohrensausen und Schwindel, besonders im Sommer. Die Anfälle wiederholten sich angeblich in regelmässigen Intervallen von 4—5 Wochen. Zugleich nächtliches Zusammenschrecken. $4^1/_2$ Jahre vor der Aufnahme war das Enkelkind gestorben. Kurz vor der Aufnahme hatte die W. ihrem Manne

gestanden, dass sie das Kind mit Zündholzmasse vergiftet habe, weil sie es hätte in Pflege geben sollen und gedacht habe, es sei im Himmel besser aufgehoben. Der Mann erstattete die Anzeige. Im Gefängniss Melancholie mit angsthaften Hallucinationen, Gehörshallucinationen, der Teufel wolle sie holen, sie solle in der Hölle verbrennen. Hier oft Angstzustände ohne Regelmässigkeit. Trotz der Abmahnung in die Untersuchungshaft zurückgeführt, erhängte sie sich im Gefängniss nach einigen Tagen.

In der Dauer und Form solcher ovariellen Reize ist ein Factor nicht nur für die Symptome der Erkrankung, sondern auch für die Dauer und Form der Psychose zu sehen. Soweit die wenigen Fälle von Heilung oder Besserung in meiner Beobachtungsreihe einen Schluss gestatten, sind grade die acuten Fälle am günstigsten verlaufen, bei denen sich am wenigsten Periodicität und vasomotorische Störungen erkennen liessen. Hierzu gehören besonders die, wo exoterische Ursachen in erster Linie einwirkten, z. B. in Fall J. (Nr. 57) Brand des Hauses und Tod des Mannes, in Fall G. (Nr. 60) Induction durch die Geisteskrankheit der Mutter, in einem anderen plötzlicher Tod der Mutter, oder eine esoterische, wie fieberhafte Erkrankung oder späte Geburt. Ferner bringe ich mit ihnen in Verbindung, dass öfter Psychose nach langen climacterischen Beschwerden gleichsam als deren Culmination mit Cess. mens. auftrat und nach längerer Dauer zur Genesung oder Besserung kam. Es scheint mir, als ob unter glücklichen Umständen mit der definitiven Beendigung der Involution, der Causa morbi, auch die Psychose, ihr Effect cessirt.

Die Tendenz des Climacteriums zu cyclischen (periodischen) Psychosen mit mehrmonatlicher bis jahrelanger Dauer der einzelnen Phasen entzieht sich allen Erklärungsversuchen. Wenn sie auch der Periodicität semiler Formen, auf die noch kürzlich von *Fürstner* als eine häufige Beobachtung hingewiesen ist, nahe steht oder gar mit ihr identisch ist, so bringt dies doch der Lösung des Räthsels nicht näher.

Die Beantwortung der Frage, ob der Symptomencomplex der climacterischen Psychosen die Aufstellung eines eigenen Krankheitsbildes rechtfertigt, ergiebt sich aus meinen bisherigen Ausführungen. Die Definition eines der Hauptvertreter des „climacterischen Irreseins" sui generis, *Maudsley*, dass es sich als eine Monomanie der Furcht, Verzagtheit, Hoffnungslosigkeit und Selbstanklagen kenn-

zeichnet, ist ganz verschwommen und passt auf eine Reihe von nicht climacterischen Psychosen eben so gut oder schlecht. Der Vorschlag *Schäfer*'s [1]), die Bezeichnung „climacterisches Irresein" festzuhalten, als eine in die Zeit des Climacteriums fallende Psychose, also in dem Sinne, wie ich der Kürze halber gleichfalls gethan habe, würde überall da zu billigen sein, wo es auf Gruppirung der Psychosen nach der Aetiologie ankommt. Im gleichen Sinne spricht man von Puerperalpsychosen, ohne damit mehr zu verbinden, als den Hinweis auf die Ursache. Einige gemeinsame Züge lassen sich diesen so wenig absprechen wie den climacterischen. Das Climacterium ist die Ursache zu Psychosen, nicht zu einer bestimmten Psychose.

Die zweite Frage, ob die climacterische Psychose schlechthin zu den senilen zu rechnen ist, muss ich ebenfalls verneinen. Mit dem Nachweis, dass mit einer Psychose Altersveränderungen verbunden sind, ist nichts entschieden. Die inhaltloseste Definition giebt hierüber *Blandford*, indem er sagt: „climacterische Geistesstörung tritt bei denen ein, die an Jahren und Kräften abnehmen", als ob nicht das bei jeder Frau zuträfe! Man protestirt mehr und mehr dagegen, dass die in vorgeschrittenes Lebensalter fallenden Erkrankungen ohne weiteres den senilen zugezählt werden, im Hinweis darauf, dass sich aus ihnen recht wohl charakterisirte Psychosen ausscheiden lassen, denen nur einzelne besondere Züge beigemischt sind, wie jedes Lebensalter eigenthümliche hat. Es giebt unter den climacterischen Psychosen kein Symptom, das nicht auch den senilen eigen sein kann, Schlaflosigkeit, der Glaube bestohlen, vergiftet zu sein, arm zu werden, gastrische Störungen, Schwindel und epileptiforme Anfälle gehören ihnen so gut an wie den senilen, aber es giebt auch kein Symptom, das sich nicht auch bei Psychosen auffinden liesse, die offenbar weit vor das Climacterium fallen. Die Tendenz zu chronischen Formen und zu Verblödung besagt nichts anderes, als dass die dystrophirenden Processe, die das Gehirn schädigen, persistiren und Atrophie zur Folge haben. Das kann im jugendlichen Alter statthaben wie in

---

[1]) *Schäfer*, Wahnsinnsformen beim weibl. Geschl. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 37.

bejahrtem. Nennt man nur die Fälle, wo progressive Abnahme der Intelligenz das hervorragende Symptom im Krankheitsbilde ist, „senile Demenz", so sind dahin nicht wenige meiner Fälle zu zählen. Natürlich, denn das Climacterium kann Ursache seniler Demenz ebenso gut werden, wie es Ursache von Melancholie, Paranoia oder cyclischer Psychosen wird. Ist senile Demenz vorzugsweise Folge von Atherose, so müsste sie sogar im Climacterium häufig zur Erscheinung gelangen. Wenn es trotzdem meist zu anderen Formen kommt, so hat dies seinen Grund darin, dass die Atherose hier nicht so hochgradig und die alleinige Ursache ist, wie bei seniler Demenz, vielmehr Theilerscheinung der Schwäche des vasomotorischen Systems und ein Hinderniss, die Anforderungen zu erfüllen, die seitens vasomotorischer Centren noch gestellt werden. Das occasionelle Deficit ist ceteris paribus Ausschlag gebend für andere Formen, das dauernde für senile Demenz. So überwiegen im Allgemeinen für die Zeit des Climacteriums Reizerscheinungen über die Ausfallserscheinungen. Gleicht sich mit dem Verschwinden gesteigerter occasioneller Anforderungen das Deficit in der Hirnernährung etwas aus, so sind alle Bedingungen für einen Stillstand der Krankheit oder einen langsamen Verlauf abwärts gegeben, die Kranke wird zur Blödsinnigen oder senil Schwachsinnigen, unter Umständen genest sie relativ oder bessert sich wenigstens, denn für die Anforderungen nach stattgehabter Involution kann das schlecht ernährte Gehirn noch längere Zeit genügen.

Der Mechanismus dieser Ernährungsstörung hat eine nicht geringe Aehnlichkeit mit dem bei Ergotismus und bei Railway brain. Je nach der Stärke der Causa morbi und nach individueller Prädisposition ändert sich Verlauf und Ausgang der Psychose, aber gemeinsam ist klinisch die Neigung zu depressiven Formen, zu hysterischen und epileptischen Symptomen und Chronicität, anatomisch die Ernährungsstörung aus Anämie. Unter günstigen Verhältnissen ist Heilung oder Stillstand der Erscheinungen möglich, unter ungünstigen kommt es zu Blödsinn, Epilepsie und selbst Paralyse.

In den Anomalien, die ich als Substrat der climacterischen Erkrankung ansehe, sind noch die Bedingungen für eine Psychose gegeben, die ich bisher nur flüchtig gestreift habe, die progressive Paralyse. Die Arteriosclerose, die ein so constanter Befund bei

Paralyse ist [*Mendel*[1]), *Spitzka*[2]), *Cullerre*[3])] u. A. wird nicht als zweifellos secundär oder blosse Complication angesehen. *Mendel* neigt zu der Anschauung, dass die durch Endarteriitis oblit. bewirkte Anämie das primäre sei[4]), und die Degeneration der nervösen Elemente von der Erkrankung der Blutgefässe herrühre (*Buzzard*, *Adamkiewicz*). Auf die angeborene Insufficienz des vasomotorischen Systems bezieht sich die Aeusserung *Arndt*'s, dass Paralyse das Ende der Neurasthenie sei, auf sein frühes Altern, dass Dem. paralytica ein Senium praecox sei, eine Ansicht, die *Jung*[5]) in den knappen aber nicht immer zutreffenden Ausspruch zusammenfasst: „zur Zeit der Pubertät Krämpfe, im Climacterium Paralyse". Sie müsste ein nicht seltener Ausgang im Climacterium sein. Indessen sind die Angaben in der Literatur hierüber sehr widersprechend. *Schüle* nennt ganz besonders das Climacterium als Ursache, nach *Mendel* spielt es eine Hauptrolle, *v. Krafft-Ebing* zählt unter 80 Fällen climacterischer Psychosen 20 mal Paralyse, *Jung*[6]) rechnet, dass 60 pCt. aller weiblichen Paralysen in das Climacterium fallen. Die Beobachtung *Wille*'s, dass die Paralyse bei Weibern zwischen dem 45. und 50. Jahre am häufigsten sei, lässt sich nicht anders deuten, ebenso die Bemerkung *Sanders*[7]), dass sie bei Frauen in spätere Jahre falle als bei Männern. Auch *Seppilli*[8]) nennt das Climacterium ein einflussreiches Moment, *v. Krafft-Ebing*[9]) einen wichtigen ätiologischen Factor, *Merson*[10]) und *Clavenger*[11]) dagegen erklären den Einfluss der Menopause für zweifelhaft und *Siemerling*[12]) vindicirt ihr wie überhaupt den Pha-

[1]) *Mendel*, Syphilis und Dem. paral. Vortr.

[2]) *Spitzka*, Progressive paresis on the insane. Chic. med. rev. 1882.

[3]) *Cullere*, De la démence paralytique etc. Ann. méd. psych. 1882.

[4]) *Mendel*, Ueber Hirnbefunde bei progr. Par. Vortr.

[5]) *Jung*, l. c.

[6]) *Jung*, Die progr. Paralyse. 1880.

[7]) *Sander*, Berl. klin. Woch. 1870.

[8]) *Seppilli*, Zur path. Anatomie der progr. Par. Ref. im Neur. Ctrlbl. 1883.

[9]) *v. Krafft-Ebing*, Zur Kenntniss des paral. Irreseins beim weiblichen Geschlecht. Arch. f. Psych. Bd. 7.

[10]) *Merson*, The climacteric period in relation to insanity. West Riding. Med. Rep. 1876.

[11]) *Clavenger*, Paretic dementia in females. Alien. and neurol. 1884.

[12]) *Siemerling*, Statistisches und Klinisches z. Par. d. Frauen. Vortrag.

sen des Geschlechtslebens gar keinen Einfluss. Ein Theil der Schwierigkeit dieser Frage beruht wie für die climacterische Psychose im Allgemeinen in der Ungewissheit über die Eintrittszeit der Menopause. Sie ist hier noch unsicherer, weil die Menses in der Paralyse selbst des jüngsten Alters unregelmässig sind oder ganz cessiren. *Jung* beobachtete unter 45 Paralysen nur 2 mit regelmässigen Menses, bei 15 fand er sie völlig und vorzeitig cessirt.

Unter den 551 Fällen meiner Beobachtung sind 10 mit Dem. paral., zu wenig, um statistisch verwendet zu werden, doch sind einige Punkte dabei nicht ohne Interesse. Als Erkrankungsjahr liess sich ermitteln:

	25	28	34—35	36—37	40—41	44	48
Fall No.	1	2	3 und 4	5, 6, 7	8	9	10.

Von diesen hatten regelmässige Menses keine, unregelmässige Fall 2 und 4; anfangs, später keine Menses Fall 6; alle übrigen hatten von der Aufnahme oder früher keine Menses mehr. Syphilitische Infection hatte stattgefunden in Fall 1, 5, 6 und 8. In Fall 2 machte sie das Sectionsergebniss: enorme Fettleber mit Perihepatitis und starke Gefässerkrankung nicht unwahrscheinlich. In Fall 3 schloss sich die Paralyse an Eklampsie im Wochenbett an. So sind es gerade die in jüngere Jahre fallenden Paralysen, bei denen einerseits Climacterium nach dem Verhalten der Menses auszuschliessen war, andererseits Lues (oder Eklampsie) die Paralyse veranlasste. Es scheint danach, als ob Syphilis durch frühe und rapide Gefässerkrankung die Disposition zu Paralyse schafft, die ohne Syphilis erst im Climacterium zur Geltung kommt.

In Fall 5, 7, 8, 9, 10 durfte ich nach dem Fehlen der Menses, dem Genitalbefund post autopsiam oder der im Uebrigen stark ausgeprägten Senescenz eingetretene Menopause annehmen, in Fall 8 war dies um so mehr berechtigt, weil er eine geborene Italienerin betraf, bei denen Menopause im 40.—41. Jahre gewöhnlich zu sein pflegt.

Migräne, die nicht als Initialsymptom der Paralyse anzusehen war, fand sich in Fall 1 seit Pubertät, und in Fall 4 und 10, Schwindelanfälle in früheren Jahren (Pubertät?) in Fall 9 und in Fall 1 (seit Pubertät). Vielleicht ist es kein Zufall, dass Migräne und verwandte Zustände sich gerade da früher vorfanden, wo der Paralyse keine Syphilis zu Grunde lag. Es wäre wünschenswerth, wenn in Zusammen-

stellungen über Frauenparalyse darüber Aufklärung gegeben würde, in welche Lebensjahre die meisten syphilitischen Paralysen fallen und in welche die nicht syphilitischen.

Es bleibt nur noch eine Frage zu beantworten: welche von den 179 Erkrankungsfällen, die ich zur Untersuchung herangezogen habe, als thatsächlich und nur durch das Climacterium entstanden zu bezeichnen sind. Sie bestimmt und mit Zahlen zu beantworten, ist nicht möglich, ich könnte sagen, alle 179, denn was ich nachzuweisen bemüht gewesen bin, war, dass die Menopause bei allen Prädisponirten, mögen sie dies aus angeborener oder auch früh erworbener Constitutionsanomalie sein, occasionelle Störungen mit sich führt, unter denen der geschwächte Organismus zusammenbricht. Ich könnte sagen, bei keinem der Fälle, denn die Menopause ist kein mystisches Etwas, das in ähnlicher Weise wirkt wie ein Gift oder eine Gehirnläsion: sie macht keine Psychosen, wie die Pubertät keine macht und ich wiederhole, eine gesunde Frau nimmt von der Menopause ebenso wenig irgend einen Schaden, wie von der Pubertät. Gewiss giebt es eine Menge Schwacher, die glücklich genug sind, der Gefahr sowohl der Pubertät als des Climacteriums zu entgehen, aber die Chlorotischen, Nervösen, Weltschmerzlichen in der Pubertät, die Atheromatösen, Hysterischen, Verstimmten im Climacterium stellen nichts anderes dar, als eine leichte Form der Erkrankung, die weniger Glückliche in die Anstalt liefert. Jene straucheln, wo diese fallen.

Ich stehe deshalb nicht an, den Satz auszusprechen, dass bei jeder Frau, die in der Nähe des Climacteriums erkrankt, das Climacterium als ätiologischer Factor mitwirkt, dass aber bei jeder Frau diese Wirkung erst durch die organische Prädisposition ermöglicht wird. In diesem Sinne ist das Climacterium meines Erachtens weit häufiger ätiologisches Moment als von anderer Seite bisher angenommen ist.

Ueber den Einfluss des Climacteriums auf bestehende Psychosen sind nur wenige Worte nöthig. Ich habe ihn in meiner Arbeit oft berührt und einen Theil der Fälle habe ich bereits erwähnt, nämlich die Fälle, in denen das Climacterium ein Recidiv früherer Erkrankung mit nicht völliger Genesung oder eine Psychose auf dem Boden von Imbecillität oder eine Exacerbation und neue Züge einer seit Jahren bestehenden Alienation brachte. Die

Grenzen sind naturgemäss verwischt. Als Beispiel für das Gesagte und zugleich für die Wirkung des Climacteriums bei chronischen Formen möge folgender Fall dienen.

88) F., Mutter geisteskrank, Frau eines höheren Beamten, ein Sohn, erkrankte Ende ihrer 20ger Jahre unter dem Bilde originärer Verrücktheit. Nach 2 Jahren gebessert entlassen, lebte sie vom Manne getrennt, studirte Medicin, widmete sich der Frauenemancipation etc., hielt sich aber, wenn auch zu einem abenteuerlichen Lebenswandel geneigt, ziemlich geordnet. Erst gegen Ende der 40ger Jahre begann sie ihr Verhalten zu ändern, prostituirte sich, fing an zu trinken, wurde bekannte Säuferin, schmutzig, verwahrlost, geizig, aber trotzdem von ihren Günstlingen ausgebeutet. Menopause im 46. (?) Jahre. Im 51. musste ihre Wiederaufnahme erfolgen. Jetzt 55. Gleichmässig verlaufende Verrücktheit ohne Tendenz zu Blödsinn. Anfangs noch zahlreiche hysterische Symptome.

Nach Ausschaltung der 29 Fälle, bei denen das Climacterium mit der späteren Erkrankung nicht in ätiologischem Zusammenhang stand (vergl. S. 373) — es handelt sich fast ohne Ausnahme um senile und post-apoplectische Demenz — sowie der Paralyse habe ich bei 60 Fällen Menopause im Verlaufe der chronischen Psychose beobachtet. Bei 33 derselben war nicht der geringste verbessernde oder verschlechternde Einfluss zu bemerken, bei 14 wirkte sie entschieden verschlechternd, bei 13 konnte man von einer Art Besserung sprechen. Ganz ohne Einfluss erwies sie sich bei den cyclischen (und periodischen) Formen (4). Der bessernde Einfluss war in allen Fällen ein relativer: es verloren die episodischen, theilweise mit der Menstruation verbundenen Erregungszustände an Häufigkeit und Stärke, und es trat mehr Gleichmässigkeit der Stimmung und der Aeusserungsform der Paranoia — andere Fälle waren nicht darunter —, zugleich aber auch blödsinnigeres Verhalten zu Tage. So verschwinden auch die präcordialen Symptome mit Eintritt in geistige Schwäche (*v. Krafft-Ebing*). Genau genommen, lässt sich diese Aenderung als Verschlechterung bezeichnen. Auch das Verschwinden von Hemicranie, das in Fällen dieser Gruppe mit dem Climacterium oder vielmehr dem Postclimacterium eintrat, eine Beobachtung, der *Möbius*[1]) Erwähnung thut, ist theuer erkauft. Der terminale Blödsinn, der nun Platz greift, ist hierin der Paralyse zu vergleichen, die in einem

[1]) *Möbius*, l. c.

Falle, wie dies auch von *Perinaud*[1]) erwähnt wird, der Ausgang habitueller Migräne war.

Ich ziehe nicht in Zweifel, dass, wie von *Esquirol* und kürzlich von *Falck*[2]) und *Campbell Clark*[3]) beobachtet ist, eine mit Pubertät oder später entstandene Psychose im Climacterium mit Genesung endet, es kommen ja auch Neurosen mit der Pubertät und gehen mit Climacterium, ich habe jedoch keinen solchen Fall in Behandlung gehabt. Jedenfalls sind sie sehr selten und noch seltener über allen Zweifel erhaben. Ich möchte hierbei eine Aeusserung *Börner*'s richtig stellen, wo er sagt, dass menstruelle Hemicranie gewöhnlich erlischt, wenn das Individuum in die Wechselzeit eintritt. Sie erlischt erst, wenn es aus der Wechselzeit austritt.

Der Einfluss des Climacteriums kann sich auf den Verlauf chronischer Psychosen nicht anders geltend machen als auf die Entstehung von Psychosen. Es muss überall schädlich und verschlimmernd wirken, wo die Bedingungen bestehen, die zur climacterischen Psychose führen. Das wird aber bei allen Geisteskranken der Fall sein. Die Verschlimmerung muss nicht nur darin bestehen, dass der Verfall der geistigen Fähigkeiten beschleunigt wird, wie es ihn bei früher Gesunden einleitet, sondern auch darin, dass es der Psychose ähnliche Züge beimischt, wie den im Climacterium frisch entstandenen. In der That habe ich diese Beobachtung in einem Theil der Fälle machen können. Wenn diese Erscheinung nicht so oft und so deutlich zu Tage tritt wie in jener Kategorie, so erklärt sich das dadurch, dass jene, wie der im Absterben begriffene Nerv im ersten Stadium, eine verminderte Reizschwelle besitzen, diese, als im zweiten Stadium, eine erhöhte. Gewiss lassen sich nicht alle Psychosen so einfach gruppiren, glichen alle der zweiten Kategorie, dem im zweiten Stadium befindlichen absterbenden Nerven, so würde das Climacterium bei ihnen insgesammt spurlos vorübergehen müssen, wie es bei allen bereits vor ihm stupide Gewordenen völlig ohne Einfluss ist. Es giebt aber eine Anzahl von chronisch Geisteskranken, die erethisch blei-

[1]) *Parinaud*, Migraine ophthalm. au début d'une paralysie génér. Arch. de neur. 1883.

[2]) *Falck*, Heilung langjähriger Geisteskrankh. Vortr.

[3]) *Campbell Clark*, l. c.

ben, und hier kommt es grade wie bei den frischen Fällen zu Migräne, zu Hysterie, Ohrensausen und den übrigen dem climacterischen Irresein eignen nervösen Symptomen. Die Wahnideen ändern ihren Inhalt mit den veränderten Sensationen und Impulsen, es kann zu Gehörshallucinationen und Geruchstäuschungen kommen, geisteskranke Mädchen verlieren ihre bisher noch bewahrte Zurückhaltung in sexuellen Fragen, ja es kann, wie ich in zwei Fällen beobachtet habe, die vorher gleichmässige Psychose mit dem Climacterium die für die senilen urgirte Periodicität und Neigung zu Remissionen annehmen, ein Wechsel, der von Bedeutung für die Beurtheilung der „Heilungen im Climacterium" werden kann, denn er mahnt dazu, die Prognose vorsichtig zu stellen. Das Climacterium muss ferner die Disposition zu Apoplexien, die Morbidität und Mortalität unter den Geisteskranken in merklichem Grade steigern. Die Statistik jeder Anstalt wird diesen aus meiner Zusammenstellung gezogenen Schluss bestätigen.

Für die gütige Ueberlassung des Materials zu dieser Arbeit spreche ich dem Director der Anstalt, Herrn Medicinalrath Dr. *Schuchardt*, meinen ergebensten Dank aus.

Klinische Beiträge zur Melancholie[1]).

Von

Prof. Dr. E. Mendel
in Berlin.

Unter all den verschiedenen Formen psychischer Krankheit giebt es wohl kaum eine, über deren Abgrenzung die Autoren von Hippocrates an bis auf die neueste Zeit im Wesentlichen so übereinstimmen, wie bei der Melancholie. So verschieden der Wortlaut der Definition der Melancholie von der ältesten bis auf die neueste Zeit auch sein mag, die Grundlage der Definition ist überall dieselbe. „Wenn Furchtsamkeit und Traurigkeit eine geraume Zeit anhalten, so ist es ein Zeichen der Melancholie" sagt ***Hippocrates*** (Aphorismen VI, 23), und wenn ***Willis*** als wesentliches Symptom der Melancholie „Traurigkeit und Furcht", ***Esquirol*** dieselbe als Lypémanie von λυπή (Traurigkeit) bezeichnet, wenn ***Griesinger*** den „peinlichen, depressiven, negativen Affect", ***Schüle*** die „schmerzliche Hyperästhesie" als Grundzüge der Melancholie anführen, so ist der gemeinsame leitende Grundgedanke nicht zu verkennen.

So sehen wir auch, dass, so häufig sonst die specielle Diagnose der Krankheitsform im concreten Falle divergirende Ansichten der Psychiater hervorbringt, bei der Diagnose „Melancholie" verhältnissmässig selten ein Zwiespalt der Meinungen sich kundgiebt.

Jene Uebereinstimmung der Autoren ist aber sofort zu Ende, wenn es sich darum handelt, die grosse Zahl der unter sehr ver-

---

[1]) Nach einem in dem Verein der deutschen Irrenärzte zu Jena am 17. Juni 1889 gehaltenen Vortrage.

schiedenen klinischen Bildern auftretenden melancholischen Geistesstörungen in Untergruppen einzutheilen. Jedes Lehrbuch der Psychiatrie, jede der allerdings nicht zahlreichen Monographien über die Melancholie bringt eine andere Eintheilung. Nur einige seien erwähnt:

Griesinger unterscheidet bei der Melancholie im engeren Sinne eine Melancholia religiosa, zweitens eine Melancholia metamorphosis, drittens die Melancholie des Heimwehs, eine Melancholie mit Stumpfsinn, eine mit Aeusserung negativer zerstörender Triebe, eine mit anhaltender Willensaufregung.

v. Krafft-Ebing theilt ein[1]) in eine Melancholia simplex, von der er wieder 3 Unterarten: sine delirio, mit Präcordialangst und mit Wahnideen und Sinnestäuschungen unterscheidet, bei der letzteren Form noch eine religiosa und eine hypochondriaca hervorhebend, und zweitens in eine Melancholia cum stupore.

Schüle[2]) führt als besondere Formen: passive, hypochondrische, agitirte, chronische, senile, neurasthenisch-torpide, masturbatorische, syphilitische auf, denen sich die Melancholia attonita anreiht.

Marcé[3]) trennt eine Melancholia sine delirio von einer Melancholia simplex und einer cum stupore.

Dagonet[4]) unterscheidet Lypémanie nostalgique, Délire de persécution, Hypochondrie, Lypémanie religieuse, anxieuse, érotique, raisonnante.

Christian[5]) nimmt 3 Formen an mit vielen Unterabtheilungen 1. Lypémanie mit Wahnvorstellungen (érotique, suicide, religieuse, misanthropique etc.), 2. Lypémanie mit Illusionen und Hallucinationen, 3. Lypémanie mit Störung der willkürlichen Bewegung (avec stupeur und avec agitation maniaque).

Diese kurze Hinweisung, welche sich leicht ausdehnen liesse, zeigt, wie verschieden das Princip der Eintheilung bei jedem einzelnen Autor ist, so wie dass bei demselben Autor selbst nicht selten ein wechselndes Princip der Eintheilung sich findet.

Wenn ich den Versuch hier mache, Ihnen eine nach mancher

---

[1]) Lehrbuch, 3. Auflage.
[2]) Klinische Psychiatrie, 3. Auflage. 1886.
[3]) Traité pratique des maladies mentales. 1862.
[4]) Nouveau Traité. 1876.
[5]) Etude sur la mélancolie. 1876. p. 162.

Richtung hin von der bisher üblichen abweichende Eintheilung der in die Gruppe der Melancholie gehörenden Krankheitsbilder vorzuschlagen, so gehe ich dabei von folgenden Erwägungen aus.

Das hervorstechendste und wesentliche Symptom aller melancholischen Geistesstörungen ist die krankhafte Veränderung der Gefühle. Die Gefühle begleiten nun einmal unsere Sinneswahrnehmung, und werden dann sinnliche Gefühle genannt, sie begleiten ferner die apperceptiven Verbindungen unserer Vorstellungen, und werden dann als intellectuelle Gefühle bezeichnet, unter denen wir die ästhetischen, sittlichen, religiösen besonders hervorzuheben gewohnt sind.

Ueberblicken wir nun eine grössere Reihe von Fällen, welche unzweifelhaft zur Melancholie gehören, so fällt in die Augen, dass ein Theil derselben lediglich oder in ganz besonders hervorstechender Weise von Furcht und Angst in Bezug auf den gegenwärtigen oder künftigen Zustand des eigenen Körpers gequält wird. Betheiligt sind hier auschliesslich oder fast ausschliesslich die sinnlichen Gefühle. In der grossen Mehrzahl der Fälle sind hierbei Hallucinationen des Muskelgefühls und besonders des Organgefühls vorhanden. Man nennt derartige Zustände ziemlich übereinstimmend: Melancholia hypochondriaca.

Ein Theil der Fälle, welche man als masturbatorische syphilitische Melancholie bezeichnet hat, gehört hierher, soweit die Kranken sich lediglich mit den Zuständen des eigenen Körpers beschäftigen, und nicht, wie in anderen Fällen das sittliche Moment resp. ihre Unsittlichkeit in erste Reihe stellen.

In einer zweiten Reihe von Fällen sind es ganz besonders die intellectuellen Gefühle, welche krankhafte Störung zeigen.

Die Kranken sagen, sie seien ganz gesund, sie hätten nicht eine einzige körperliche Störung, eine ärztliche Untersuchung sei unnöthig, sie gehören nicht vor den Arzt, sondern vor den Strafrichter, sie seien schlecht, sie hätten sich gegen Gott und ihre Mitmenschen vergangen. Ein oder die andere krankhafte Sensation kommt wohl in manchen Fällen dabei vor, spielt aber bei dem ganzen Krankheitsbilde nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Hierher gehört vor allem die religiöse Melancholie der Autoren.

Endlich giebt es eine dritte Reihe von Fällen, bei welchen sinnliche und intellectuelle Gefühle krankhaft verändert sind.

Diese Form stellt die Melancholia generalis, wie ich sie bezeichnen möchte, dar. Zuweilen treten die krankhaften Erscheinungen nach beiden Richtungen hin gleichzeitig in die Erscheinung: die Kranken meinen, dass ihr Körper zerrüttet, ihr Mastdarm geschrumpft, dass Alles inwendig verbrannt sei, dabei dass sie unter einem Gottesgericht ständen, dass sie Jesus Christus beleidigt. Andere sagen, dass sie bankerott seien und gleichzeitig an einer ansteckenden Krankheit litten etc.

In der Mehrzahl der Fälle aber entwickelte sich die Melanchol. generalis aus einer zuerst auftretenden Melanchol. hypochondriaca, seltner aus einer intellectuellen Melancholie.

So sieht man jene Form der Melancholie, welche sich als hypochondrische mit der Wahnvorstellung, syphilitisch inficirt zu sein, zuerst darstellt, im weiteren Verlauf zu einer allgemeinen Melancholie sich entwickeln, bei der die Kranken dann neben den allgemeinen Klagen über ihre eigenen körperlichen Leiden behaupten, dass sie ihre ganze Familie angesteckt, dass sie die ganze Anstalt inficirt haben, dass sie Alle unglücklich gemacht u. s. w.

Eine Unterabtheilung dieser Melancholia generalis ist die Melancholia attonita cum stupore.

Abgesehen davon, dass man diese Melancholia attonita sich zuweilen direct aus einer intellectuellen Melancholie entwickeln sieht, kann man während des Bestehens dieses Zustandes in manchen Fällen durch einzelne ausgesprochene Worte oder einzelne Handlungen krankhafte Störungen in den intellectuellen Gefühlen erkennen, in der Regel wird man sie in der Reconvalescenz mit Sicherheit nachweisen können.

Damit verbinden sich von Seiten der sinnlichen Gefühle die erheblichen Störungen, welche mit Hallucinationen des Muskelgefühls verbunden sind. Die letzteren sind als Ursache der abnormen Contractionszustände der Muskeln zu betrachten.

Die Erfahrungen, welche man mit der Erzeugung des kataleptischen Zustandes in der Hypnose gemacht hat, weisen unzweifelhaft darauf hin, dass jene kataleptische Starre, wie die wächserne Biegsamkeit ein reflectorischer Vorgang aus gewissen Muskelgefühlen ist.

Ich habe bei der vorstehenden Eintheilung die Fälle von typischer Melancholie im Auge gehabt. Nun wissen wir — und eine Reihe von Autoren hat dies bereits in ihrer Eintheilung be-

rücksichtigt —, dass neben der typischen Melancholie unentwickelte Formen vorkommen: die Zahl derselben ist zwar in den Irrenanstalten gering, um so grösser ist dieselbe überhaupt. Diese Depressionszustände würden entsprechend jener oben gegebenen Eintheilung in folgende Unterabtheilungen zu trennen sein:

1) Die Hypochondrie, ein depressiver Zustand, welcher lediglich sich mit der Furcht und Angst um den Zustand des eigenen Körpers beschäftigt.

2) Die Melancholia simplex, wobei namentlich die Unzufriedenheit mit sich selbst, die Klagen, ihre Aufgaben und Pflichten nicht ausführen zu könnnen hervortreten, und

3) der allgemeine depressive Zustand; die Verbindung der Formen ad 1 und 2.

Indem ich heute auf ein näheres Eingehen auf diese letzteren Zustände verzichte, sei es mir jetzt gestattet, in Bezug auf die practische Verwerthung jener Eintheilung der typischen Melancholie Einiges anzuführen.

Ich lege dieser Betrachtung 206 Fälle von Melancholie zu Grunde, über welche ich genaue Krankengeschichten besitze, und welche ich längere Zeit beobachtet habe.

Es gehören von diesen zur hypochondrischen Melancholie 36, zur intellectuellen 116, zur Melancholia generalis 54.

Daraus ergiebt sich, dass nach meiner Beobachtung am häufigsten die intellectuelle, am seltensten die hypochondrische Melancholie vorkommt.

Die Fälle vertheilen sich auf 84 Männer und 122 Frauen.

Von den 84 Männern litten an

hypochondr. Melanch.	24	= 28,5 pCt.,
intellectueller -	34	= 40,4 pCt.,
Melanchol. generalis	26	= 30,1 pCt.

Von den 122 Frauen litten an

hypochondr. Melanch.	12	= 9,8 pCt.,
intellectueller -	82	= 67 pCt.,
Melanch. generalis	28	= 23 pCt.

Die Melancholie nimmt demnach bei Männern weit häufiger die Form der hypochondrischen Melancholie an, als bei Frauen, während bei den letzteren die intellectuelle Melancholie überwiegt. Die Melancholia gene-

ralis kommt ebenfalls relativ häufiger bei Männern, als bei Frauen vor.

Was das Alter betrifft, in dem die Melancholie zuerst auftrat, so ergiebt eine Zusammenstellung Folgendes:

Bei dem männlichen Geschlecht

im	Alter	von	15—20	Jahren	2	mal,
-	-	-	20—30	-	22	-
-	-	-	30—40	-	16	-
-	-	-	40—50	-	18	-
-	-	-	50—60	-	22	-
-	-	-	60—70	-	4	-
				Summa	84	Fälle.

Bei dem weiblichen Geschlecht

im	Alter	von	10—20	Jahren	10	mal,
-	-	-	20—30	-	40	-
-	-	-	30—40	-	38	-
-	-	-	40—50	-	16	-
-	-	-	50—60	-	17	-
-	-	-	62	-	1	-
				Summa	122	Fälle.

Es kommt die Melancholie im Allgemeinen beim weiblichen Geschlecht in früherem Lebensalter zum Ausbruch, als beim männlichen, etwa in 8 pCt. schon vor dem 20. Lebensjahre, während beim männlichen nur etwa in $2^1/_2$ pCt.; besonders häufig ist sie bei beiden Geschlechtern im 20.—30. Lebensjahre; während im späteren Lebensalter die Melancholie in ihrem ersten Auftreten häufiger beim männlichen, als beim weiblichen Geschlecht ist.

Das höchste Alter, in dem ich beim Manne zum ersten Mal Melancholie auftreten sah, war 69, bei der Frau 61 Jahre.

In Bezug auf die verschiedenen Formen ergiebt sich, dass die hypochondrische Melancholie beim männlichen Geschlecht vorzugsweise im jugendlichen Alter zuerst auftritt, während dieselbe Form beim weiblichen Geschlecht im 5. und 6. Lebensdecennium relativ häufiger ist.

Von den Männern, welche an hypochondrischer Melancholie erkrankten, waren zur Zeit der ersten Erkrankung

	verheirathet	unverheirathet
bei hypochondr. Melancholie	19	5
bei intellectueller Melancholie	28	6
bei Melanch. generalis	15	11.

Bei den Frauen ergab sich folgendes Verhältniss:

	verheirathet	unverheirathet	Wittwe
Melanch. hypoch.	8	4	6
Melanch. intellect.	56	20	6
Melanch. generalis	21	6	1.

Was die erbliche Anlage betrifft, so liess sich in c. 60 pCt. aller Fälle dieselbe nachweisen; einen besonderen Unterschied in Bezug auf die einzelnen Formen konnte ich nicht finden.

Prognostisch ist von den bezeichneten Formen die Melancholia hypochondriaca die ungünstigste, sowohl in Bezug auf die Dauer der Krankheit, wie in Bezug auf den schliesslichen Ausgang.

Besonders aber möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf die Häufigkeit der Recidive hier lenken.

Angaben über die Häufigkeit der Recidive bei Geisteskrankheiten sind in den psychiatrischen Lehrbüchern selten, auch sonst weist die Litteratur nur wenig Arbeiten nach dieser Richtung hin auf. Bei *v. Krafft-Ebing*[1]) finde ich die Bemerkung, dass von 100 genesen aus der Anstalt Entlassenen ca. 25 pCt. wieder erkranken. *Hertz*[2]) fand bei 67 Fällen geheilter Psychosen 31 Recidive, also ca. 46 pCt. Von den 32 Exaltirten wurden 15, von den 35 Deprimirten wurden 16 recidiv, also eine ziemlich gleiche Zahl in beiden Formen.

Wenn ich Ihnen meine eignen Beobachtungen über Recidive bei der Melancholie hier vorlege, so sind dieselben insofern unvollständig, als ja in den Fällen, bei denen die melancholische Geistesstörung im jüngeren Alter beobachtet wurde, über die spätere Wiederkehr der Krankheit nach der Heilung nur für einen Theil der Fälle Rechenschaft gegeben werden kann, immerhin scheinen mir die Resultate der Zusammenstellung beachtenswerth.

Bei den 84 Männern mit Melancholie wurden 24mal, bei den 122 Frauen 46mal Recidive constatirt. Danach scheint das Reci-

---

[1]) l. c. p. 256.

[2]) Ztschr. f. Psych. 25, p. 410. 1868.

diviren bei der weiblichen Melancholie häufiger zu sein als bei der männlichen.

Jedenfalls dürfte aber unter Anbetracht der eben erwähnten Verhältnisse der Procentsatz der Recidive bei der Melancholie überhaupt 25 pCt. weit überschreiten, und ich möchte glauben, dass weit über die Hälfte aller einmal an Melancholie Erkrankten recidiv werden.

Vor Allem zeichnet sich die Melancholia hypochondriaca durch die Häufigkeit der Recidive aus.

Unter den 12 Fällen von hypochondrischer Melancholie bei Frauen sind 10 mal Recidive verzeichnet, unter den 24 Fällen von hypochondrischer Melancholie bei Männern 12 mal.

An Häufigkeit im Recidiviren folgt dann die Melancholia generalis.

Bei 26 Männern wurden 8 mal, bei 28 Frauen 10 mal Recidive beobachtet; verhältnissmässig am seltensten sind die Recidive bei der intellectuellen Melancholie, bei der bei Männern unter 34 Fällen 4 mal, bei Frauen unter 82 Fällen 26 mal Recidive constatirt wurden.

In der grössten Mehrzahl der Fälle treten die Recidive nicht vor 3 Jahren nach der Heilung der vorangegangenen Krankheit auf; in seltenen schon nach 1 oder 2 Jahren. In der Regel war ein längerer Zeitraum zwischen den Anfällen: 6, 8, 10, 12 Jahre, ausnahmsweise 26 und 34 Jahre.

Nicht allzu selten wurden wiederholte Recidive beobachtet, 4, 5, 6 mal. In dem letzten Falle nach 5, 10, 20, 26 und 30 Jahren nach dem ersten Anfall, in einem Falle nach 5, 19, 24 Jahren, in einem anderen nach 4, 10, 14, 17 Jahren nach dem ersten Anfall. Diese Thatsachen beweisen, dass auch nach oft wiederholten Recidiven noch Heilung eintreten kann.

Besondere Momente für das häufige Recidiviren in den betreffenden Fällen liessen sich nicht nachweisen.

Im Allgemeinen glichen die klinischen Bilder des Recidivs dem des ersten Anfalls, so dass, wer zuerst an hypochondrischer Melancholie erkrankt war, diese hypochondrische Melancholie auch bei den späteren Anfällen zeigte, dasselbe gilt auch von den übrigen Formen. Bekannt ist ja, dass selbst die einzelnen Wahnvorstellungen in ihren Details in den folgenden Anfällen wieder vor-

gebracht werden. Besonders deutlich trat dies bei einer Patientin hervor, welche 22 Jahre nach dem ersten Anfall, von dem sie völlig geheilt war, wieder erkrankte, dieselbe absurde Vorstellung wie bei dem ersten Anfall äusserte, dass sie nämlich im Alter von 16 Jahren (5 Jahre vor ihrer ersten Erkrankung) ihre Mutter ermordet habe und zwar dadurch, dass sie derselben den Kopf abgerissen habe. Beiläufig bemerkt, lebte die Mutter auch während des zweiten Anfalls noch. Auch das Recidiv wurde geheilt.

Erwähnen möchte ich bei der relativen Seltenheit derartiger Fälle hier noch, dass eine Frau, welche im Alter von 38 Jahren an Melancholie litt und geheilt wurde, 12 Jahre später an progressiver Paralyse erkrankte.

Schliesslich möchte ich noch eine therapeutische Bemerkung hier anknüpfen.

So sehr ich die Opiumtherapie, spec. auch die Morphiuminjectionen bei der Melancholie für indicirt halte, so möchte ich doch nach meinen Erfahrungen dieselbe vorzugsweise bei der intellectuellen Melancholie für wirksam erachten; bei der hypochondrischen Melancholie habe ich in der Regel nicht nur keinen Nutzen, sondern in vielen Fällen directe Verschlimmerung und Steigerung der hypochondrischen Klagen beobachtet.

Die Ueberschätzungsideen der Paranoia.

Von

Geh. Med. Rath Dr. L. Snell
in Hildesheim.

Als ich in der psychiatrischen Section der Versammlung der Naturforscher und Aerzte in Hannover, im September 1865, meinen Herren Collegen die Resultate meiner langjährigen Studien über Paranoia (Wahnsinn, Verrücktheit) vorlegte und die Ansicht aufstellte, dass diese Krankheitsform eine primäre Erkrankung, die dritte grosse Gruppe primärer psychischer Erkrankung, darstelle, charakterisirte ich dieselbe als auf Sinnestäuschungen und krankhafte Sensationen gestützte Verfolgungsideen, wobei, im Gegensatz zur Verfolgungsidee der Melancholie das Selbstgefühl ein gehobenes

Ein weiteres wesentliches Symptom dieser Krankheitsform sei das Auftreten von Wahnideen mit dem Charakter der Ueberschätzung, Grössenideen, welche von Anfang an, meistens aber erst später sich geltend machten und neben den Wahnideen der Verfolgung eine zweite Reihe von Wahnbildung darstellten.

Meine Ansicht fand damals keinen ungetheilten Beifall, wie *Griesinger*, der frühere Hauptgegner der primären Natur der Paranoia, sich sofort dafür aussprach. Es sind weiterhin Missverständnisse dadurch hervorgerufen worden, dass man acute Krankheitszustände mit Wahnbildung der Paranoia zugerechnet hat, während ich nur die chronische Form dieser Krankheit im Auge hatte. Man kann sagen, dass alle Versuche, den Begriff der Paranoia zu sehr auszudehnen, nur Unklarheit hervorgerufen haben, um so mehr, da die Definition dieser Krankheitsform an sich schon grosse Schwierigkeiten darbietet.

Die französischen Irrenärzte hatten die primäre Entstehung der Paranoia, wenigstens die Möglichkeit derselben, immer zugegeben, dagegen hatten sie die Grössenideen und Verfolgungsideen derselben als zwei verschiedene Krankheitsformen aufgefasst. Die neueren Verhandlungen der Pariser psychiatrischen Gesellschaft zeigen aber in erfreulicher Weise wie die Zusammengehörigkeit der genannten beiden Symptomengruppen auch in Frankreich mehr und mehr anerkannt wird.

Das wesentliche Symptom der Paranoia ist nach meinen Untersuchungen die auf Hallucinationen gestützte Wahnbildung mit dem Charakter der Beeinträchtigung und Verfolgung. Es bleibt dieses Symptom auch bestehen, wenn Wahnbildung mit dem Charakter der Ueberschätzung damit verbunden ist. Der reine Ueberschätzungswahn ohne Verfolgungswahn kommt, meiner Beobachtung nach, nur in manchen geistigen Schwächezuständen, z. B. der Dementia paralytica zuweilen vor, bei Paranoia aber niemals.

Das Verhältniss der Ueberschätzungsideen zur Paranoia ist ein sehr verschiedenartiges. Ich werde mir erlauben, nachstehend eine Reihe von Krankheitsskizzen heranzuziehen, welche die verschiedenen Formen dieses Verhältnisses darstellen. Diese Formen sind nach meinen Beobachtungen die nachstehenden:

1. Die Ueberschätzungsideen fehlen dauernd gänzlich (Krankheitsskizze 1 und 2).

2. Die Ueberschätzungsideen treten von Anfang der Erkrankung an zugleich mit den Verfolgungsideen auf (Krankheitsskizze 3).

3. Die Ueberschätzungsideen zeigen sich von Anfang der Krankheit an zugleich mit den Verfolgungsideen, treten aber sodann für einige Zeit (Monate, Jahre lang) zurück, um später, meistens in verstärktem Grade sich wieder geltend zu machen (Krankheitsskizze 4 und 5).

4. Die Ueberschätzungsideen treten, was das gewöhnliche Verhältniss ist, nach kürzerer oder längerer Zeit (nach Monaten oder Jahren) zu den Verfolgungsideen hinzu, um dauernd mit denselben verbunden zu bleiben (Krankheitsskizze 6 bis 10).

Krankheitsskizze I (Paranoia von zwanzigjähriger Dauer ohne Hinzutreten von Ueberschätzungsideen).

Reinhard D., ein Lohgerber, geboren im November 1838, ohne erb-

liche Anlage zu Geistesstörung, von sehr kräftiger Constitution, hat nie an körperlichen Krankheitszuständen gelitten, jedoch verlor er in seinem 17. Lebensjahre das Gehör, an der rechten Seite vollständig, an der linken Seite fast vollständig. Er soll wegen seines Gehörleidens immer zu Misstrauen geneigt haben. Im Jahre 1857 wanderte er nach Nordamerika aus, wo er Verwandte hatte. Dort erkrankte er im Jahre 1868 an Paranoia. Er sprach von seinen Feinden, die er nicht nur zu hören, sondern auch zu sehen glaubte, von Freimaurern, die ihn „eidlich verpflichten" wollten, von Lebensbedrohungen, denen er ausgesetzt sei. In diesem Zustande wurde er von seinen Verwandten nach Deutschland zurückgebracht und im März 1869 der Hildesheimer Anstalt übergeben. In der Anstalt zeigte er sofort die lebhaftesten Hallucinationen und Verfolgungsideen. Er glaubte die schlimmsten Drohworte zu hören, Gift in den Speisen zu schmecken und ekelhafte Gerüche wahrzunehmen. Seine ganze Familie und Verwandtschaft, versicherte er, sei in der Anstalt; er höre sie fortdauernd reden. Alles sei ihm feindlich gesinnt und bedrohe seine Gesundheit und sein Leben. In den letzten Jahren traten Vergiftungsideen sehr in den Vordergrund. Er erzählt unermüdlich, wie er täglich Gift in den Speisen erhalte und welche Verwüstungen dieses Gift in seinem Körper anrichte. Seine Lunge sei fast ganz vernichtet, seine Leber würde zerfressen, seine Knochen zerstört, sodass er dem sicheren Tode entgegen gehe. Dabei hat er aber einen vortrefflichen Appetit, gesundes Aussehen und arbeitet sehr thätig. Seine Intelligenz ist gut erhalten. Seine gehobene, kampfbereite Gemüthsstimmung unterscheidet seine Verfolgungsideen von denen der Melancholie vollkommen. Ueberschätzungsideen sind niemals bemerkt worden.

Krankheitsskizze II (Paranoia von 35jähriger Dauer ohne Ueberschätzungsideen).

Der Geometer Carl L., geboren im April 1813, erblich schwer belastet, indem sein Bruder, seine Mutter und deren Schwester an Geistesstörung litten und durch Selbstmord starben, war von Kindheit an geistig gewöhnlich begabt und war wegen seines Fleisses und seiner Zuverlässigkeit allgemein geachtet. Körperlich war er mehr zart als kräftig und litt frühzeitig an Hämorrhoiden. Sonstige körperliche Krankheitszustände nicht nachzuweisen.

Im Jahre 1853 erkrankte er an Verfolgungsideen. Er klagte, dass man ätzende Stoffe in seine Speisen mische, um Pollutionen bei ihm hervorzurufen. Die Leute auf der Strasse sähen ihn höhnisch an, um ihn als Juden zu bezeichnen. Man treibe Schweine an seiner Wohnung vorüber, um ihn damit anzudeuten, dass er Schweinerei treibe. Diese und ähnliche Beziehungsideen regten ihn oft derart auf, dass er gegen seine Umgebung tätlich und gefährlich wurde. Zweimal machte er auch Selbstmordversuche. Im April 1859 wurde er in die Hildesheimer Anstalt gebracht. Anfangs beruhigte ihn der Anstaltsaufenthalt, bald aber tauchten seine Beziehungsideen wieder auf. Ohrenklingen und schmerzhafte Sensationen

im Leibe führte er auf Vergiftung zurück. Seine Verfolger, behauptete er, fügten seinen Speisen solche Stoffe hinzu, welche ihn zu geschlechtlichen Excessen anreizten. Nachher machten sie noch verächtliche Bemerkungen darüber, um ihn zu kränken. Man bestreiche seine Strümpfe mit Gift, sodass sich Anschwellungen an seinen Füssen zeigten. Durch Bewegungen, Blicke und Worte, sowie durch übernatürliche Einwirkung suchten ihn die Personen seiner Umgebung zu reizen, zu quälen und zu demüthigen, und beständig würden ihm schädliche und ekelhafte Stoffe in den Speisen zugeführt. Es müsse ein ausgedehntes Complott gegen ihn bestehen. Der Kranke macht seinen vermeintlichen Verfolgern nicht nur mit donnernder Stimme die gröbsten Vorwürfe, sondern misshandelt dieselben auch zuweilen thätlich. In diesem Zustande ist der Genannte bis jetzt geblieben. Sein Wahnsinn besteht seit 35 Jahren, und es ist nicht die geringste Ueberschätzungsidee bei ihm beobachtet worden. Seine Intelligenz ist von der langdauernden schweren Krankheit durchaus nicht berührt worden. Er beschäftigt sich mit wissenschaftlichen Werken und zeigt dabei in hohem Grade Interesse und Verständniss.

Krankheitsskizze III (Paranoia mit gleichzeitigem Auftreten der Ueberschätzungs- und Verfolgungsideen, wobei die Verfolgungsideen jedoch anfänglich mehr zurücktreten).

Der Sattler Heinrich H., geboren im Mai 1849, nicht ganz ohne erbliche Belastung, indem sein Vater excentrisch und der Grossvater seiner Mutter geisteskrank war, soll als Kind an Scrophulose gelitten haben. Später entwickelte er sich aber sehr günstig, wurde kräftig und war geistig gut begabt. In seinem Handwerk leistete er daher auch Ungewöhnliches, sodass er ein für seine Verhältnisse nicht unbedeutendes Vermögen erwarb. In den ersten Monaten des Jahres 1881 klagte er über Schmerzen in den Gelenken der linken Körperseite, angeblich rheumatischer Natur. Sein geistiges Wesen veränderte sich. Er zog sich von den Menschen zurück, vernachlässigte seine Geschäfte und fing einen ungerechten Process gegen seinen Hauswirth an. Als dieser Rechtsstreit ungünstig für ihn ausfiel, hielt er sich für beeinträchtigt, war reizbar und in schwankender Gemüthsstimmung, bis sich im August 1881 krankhafte Ueberschätzungsideen zeigten. Er behauptete, der Besitzer eines in seinem Heimathsdorfe gelegenen Edelhofs zu sein. Er wollte diesen Edelhof in Besitz nehmen und forderte von dem Ortsvorstande die beweisenden Documente seiner Berechtigung hierzu. Er wurde hierbei so störend, dass er am 18. Oct. 1881 der Hildesheimer Anstalt übergeben werden musste. Die genannte Wahnidee, der rechtmässige Eigenthümer jenes Edelhofs zu sein, den sein Grossvater besessen, sein Vater aber leichtsinniger Weise aufgegeben habe, stand ganz im Vordergrunde seiner Vorstellungen. Erst im Anfange des December 1881 traten deutlichere Verfolgungsideen, welche allerdings bereits früher durch auffallendes Zurückziehen von seinen Bekannten und ungerechte Processführung angedeutet waren, mächtig hervor. Dieselben stützten

sich auf krankhafte Sensationen. Er klagte über die furchtbarsten, unerträglichen Schmerzen, die ihm seine Feinde durch Gift und übernatürliche Einwirkungen bereiteten. Er nennt auch bestimmte Personen als seine Verfolger und schreibt denselben Briefe, dass sie ihre grausamen Quälereien einstellen möchten. Es werden zwar auch Gesichts- und Gehörstäuschungen bemerkt, unvergleichlich stärker sind aber seine krankhaften Sensationen. Die Ueberschätzungsideen sind in gleicher Weise wie die Verfolgungsideen mehrere Jahre lang immer stärker geworden. Der Kranke glaubt jetzt aus einem Kaisergeschlechte abzustammen, und zwar als der 27. einer Ahnenreihe und hofft demnächst zur Herrschaft berufen zu werden.

Man kann betreffs der Entstehungszeit der vorliegenden Erkrankung an Paranoia verschiedener Ansicht sein, indem man entweder den Anfang der Krankheit in die ersten Monate des Jahres 1881 verlegt oder, was mir mehr gerechtfertigt erscheint, ein Vorstadium der Paranoia (Gemüthsverstimmung mit Misstrauen) annimmt, nach welcher Annahme der wirkliche Anfang der Geistesstörung, nach etwa 6monatlicher Dauer des Vorstadiums, im August 1881 anzunehmen ist, zu welcher Zeit die Ueberschätzungsideen zugleich mit Verfolgungsideen, welche letzteren etwa 6 Wochen lang in den Hintergrund traten, zur Erscheinung kamen.

Krankheitsskizze IV (Vorstadium von einjähriger Dauer, in welchem n Verkennen der wirklichen Verhältnisse, Hochmuth und Neigung zu erschwendung bemerkbar war. Sodann Paranoia mit gleichzeitigem Auften der Verfolgungs- und Ueberschätzungsideen. Hierauf Zurücktreten r Ueberschätzungsideen für die Dauer von 7 Monaten. Seitdem gleichtiges Bestehen der beiden Wahnvorstellungsgruppen).

Anna B., Kaufmannswittwe, geboren 1843, Mutter von 3 gesunden dern, ohne erbliche Anlage zu Geistesstörung, soll früher immer gel gewesen sein, aber öfters an „nervösem Kopfschmerz“ gelitten haben. ndem ihre Menstruation schon einige Jahre cessirt hatte, wurde im e 1884 eine allmälige Veränderung ihres Charakters und ihrer Lebenshauung bemerkt. Sie wurde reizbar, hochmüthig und verkannte ihre niäre Lage, welche recht ungünstig war, indem sie mehr Geld ausgab, hre Verhältnisse erlaubten. Nach Verlauf eines Jahres (1885) erten Hallucinationen und Wahnideen. Sie glaubte verfolgt zu werden rohende Gestalten zu sehen. Zu gleicher Zeit behauptete sie, dass n grosses Vermögen ererbt habe; man habe ihr dieses wiederholt heilt. Sie wurde im Juli 1885 in die Hildesheimer Irrenanstalt aufmen. In der Anstalt unterdrückte sie ihre Wahnideen so vollständig trug sich so ruhig und folgsam, dass wir nach 2 Monaten den Verachten, sie zu ihren Kindern zurückkehren zu lassen. Dieser Verisslang vollständig, indem die Kranke sich in ihrer Familie durch keit und unsinnige Ansprüche unerträglich machte, sodass sie schon nigen Wochen der Anstalt zurückgegeben werden musste. Jetzt

zeigten sich Verfolgungsideen, welche sich auf krankhafte Sensationen stützten. Die Kranke fühlte Unbehagen und Schmerzen im Magen und anderen Körpertheilen, welche sie schädlichen und giftigen Stoffen zuschrieb, die man ihr zu den Speisen mische. Etwa 7 Monate lang blieb sie in diesem Zustande mässiger Reizung durch ihre Verfolgungsideen, während Ueberschätzungsideen gar nicht zum Ausdruck kamen. Im Mai 1886 traten aber beängstigende Hallucinationen auf. Die Kranke glaubte die Stimme ihres Sohnes zu hören, welche ihr mittheilte, dass derselbe in einem benachbarten Hause lebensgefährlich erkrankt niederliege und ihre Hülfe anrufe. Zugleich mit diesen Verfolgungsideen traten wieder Grössenideen, und zwar in verstärktem Maasse, ein. Während sie früher nur von einer Erbschaft sprach, glaubte sie jetzt von königlichem Geschlechte zu sein. So schrieb sie z. B. ihrer Tochter: „Fast sollte ich irre werden an den Nachrichten, die mir auf telephonischem Wege über Eure Lebensverhältnisse zukommen. Hast Du einen Gatten, liebe Tochter, und bist Du mit einem Fürsten vermählt? Waren meine verstorbenen Eltern aus dem Stamme der Welfen und mit regierenden Königlichen Häusern verwandt? War Dein seliger Vater ein Königssohn, ein Sohn des verstorbenen Königs Georg V.? Alle diese Fragen drängen sich mir auf, denn in Deinen und Deines Bruders Briefen finde ich keine Erklärung, um die ich schon häufig gebeten habe. Unmöglich dürften doch Telephone mich fortwährend davon unterhalten, wenn nicht ein Grund vorhanden wäre, mich davon in Kenntniss zu setzen."

Der Zustand der Kranken hat sich seitdem nicht wesentlich geändert. Es bestehen fortdauernd Grössen- und Verfolgungsideen mit starken Hallucinationen in der bekannten Weise nebeneinander fort. Ihr körperliches Befinden ist sehr gut, und ihre Intelligenz hat wenig gelitten.

Krankheitsskizze V (Ueberschätzungsideen gleichzeitig mit Verfolgungsideen auftretend, sodann 3 Jahre lang zurücktretend, worauf sie sich in verstärktem Grade wieder einfanden, und seitdem gleichzeitiges Fortbestehen der beiden Gruppen von Wahnideen).

Der Kellner Heinrich W., geboren im October 1859, erblich nicht belastet, von kräftiger Constitution und geistig gut begabt, angeblich körperlich früher immer gesund, erkrankte im Jahre 1883 in Norderney, wo er als Kellner diente, an Verfolgungsideen, welche sich auf krankhafte Sensationen stützten. Er behauptete, man habe ihm ein gelbes, giftiges Pulver unter seine Speisen gemischt, wodurch ihm Schmerzen und krankhafte Gefühle erzeugt worden seien. In sein Heimathsdorf zurückgekehrt, glaubte er Leute unter seinem Fenster sprechen zu hören, welche berathschlagten, auf welche Weise sie ihn aus dem Leben schaffen wollten. Durch das in Norderney erhaltene Gift, sowie durch ein weiteres Gift, welches ihm seine Mutter in einer Eierspeise beigebracht habe, sei er so schwer krank geworden, dass sein ganzes Blut verdickt sei. Neben diesen Verfolgungsideen wurden von Anfang an leichtere Ueberschätzungsideen

beobachtet. Er wollte z. B. in Norderney die Tochter seines Principals, mit der er social durchaus nicht gleichstehend war, heirathen und behauptete, dass seine Heimathsgemeinde verpflichtet sei, ihn als Officier ausbilden zu lassen. Am 4. Juni 1884 wurde er in die Anstalt aufgenommen. Die Ueberschätzungsideen waren ganz verschwunden. Er klagte nur über krankhafte Veränderungen seines Körpers, welche durch Gift entstanden seien, und zeigte grossen Hass gegen seine angeblichen Verfolger. Im October 1887 kamen, anscheinend ganz plötzlich, Ueberschätzungsideen bei ihm zum Vorschein, die er in heiterer Stimmung vortrug, während er sonst immer finster und verschlossen war. Er erzählte, dass er in der Nähe von Lüneburg ein schönes Landgut in der Grösse von 2500 Morgen besitze, welches er nächstens übernehmen werde. Er werde dann als grosser, vornehmer Herr leben und nur noch mit 4 Pferden fahren.

Diese Ueberschätzungswahnideen dauern neben den geschilderten Verfolgungswahnideen (mit krankhaften Sensationen) bis jetzt ziemlich unverändert fort. Der Kranke ist übrigens ein fleissiger und geschickter Gartenarbeiter und zeigt keine bemerkenswerthe Abschwächung der Intelligenz.

Krankheitsskizze VI (Erkrankung an Verfolgungsideen mit Halluzinationen im 46. Lebensjahre. Nach 7 Monaten traten Ueberschätzungsideen mit religiöser Färbung hinzu, welche seit 18 Jahren neben Verfolgungsideen andauern).

Der Schneider Heinrich G., geboren im Mai 1824, ohne erbliche Belastung, aber der Sohn eines Potators und selbst dem Branntweingenusse nicht abgeneigt, soll ein wohlbegabter, aber etwas hochmüthiger Mensch gewesen sein. Er blieb unverheirathet. Körperliche Erkrankungen sind bei seiner psychischen Erkrankung nicht ermittelt worden. Er erkrankte im Herbste 1870 an Verfolgungsideen mit Sinnestäuschungen. Er klagte über fortdauernde Bedrohung seines Lebens und glaubt seine angeblichen Verfolger des Nachts in der Nähe seiner Wohnung nicht nur zu hören, sondern auch zu sehen. Nach 7 Monaten traten zu diesen Verfolgungsideen Ueberschätzungsideen mit religiöser Färbung hinzu. Der Kranke glaubte mit Gott in Verbindung zu stehen, der ihm erschien und mit ihm redete. Bald verdichteten sich diese Gedanken von göttlicher Inspiration zu der Wahnidee, ein zweiter Christus zu sein.

Im August 1871 wurde er in die Hildesheimer Anstalt aufgenommen. Er benahm sofort mit grosser Feierlichkeit seine göttliche Mission. Er sei „Christus, der zweigeborene oder Zwilling". Er sei abermals in die Welt gekommen, um die wieder in Sünden verfallene Menschheit zu erlösen. Man könne jetzt auch nur noch von der „Vier-Einigkeit" Gottes, nicht mehr von der „Drei-Einigkeit" sprechen. Das neue Testament müsse nach diesen Grundsätzen ganz umgearbeitet werden. In seinen Erholungsstunden hat er diese Neugestaltung der Bibel selbst in Angriff genommen und bereits umfangreiche Manuscripte angefertigt. Diese Wahnideen

werden durch Hallucinationen unterhalten. Verfolgungsideen dauern dabei fort. Sein Hauptfeind, äussert er, sei ein Pastor B. gewesen, welcher ihm mit anderen Feinden von Kindheit an nach dem Leben getrachtet habe. Deshalb habe er (der Kranke) jenen Pastor B. in der Nähe von Hamburg durch einen Blitzstrahl vernichtet und in die Hölle gesendet. So werde es allen seinen Feinden ergehen. Er selbst werde aber, nachdem er alle Länder als Lehrer der neuen Religion durchzogen habe, ein neues himmlisches Reich gründen. Der Kranke ist übrigens harmlos und ruhig und arbeitet fleissig in der Schneiderwerkstätte der Anstalt. Seine Intelligenz ist, abgesehen von seinen Wahnideen, ziemlich erhalten.

Krankheitsskizze VII (Erkrankung an Paranoia im 45. Lebensjahre nach einem halbjährigen Vorstadium Verfolgungsideen mit Hallucinationen. Nach 5 Jahren Ueberschätzungsideen mit religiösem Charakter. Seit 18 Jahren Grössen- und Verfolgungsideen neben einander bestehend).

Der Landwirth Heinrich B., geboren im August 1820, verheirathet, Vater 6 gesunder Kinder, von sehr kräftiger Constitution, niemals Symptome körperlicher Erkrankung darbietend, war ein intelligenter, fleissiger, pflichtgetreuer, allgemein geachteter Mann. Er erkrankte ohne jede äussere Veranlassung im Frühling 1865 an Paranoia, nachdem er vorher etwa ein halbes Jahr lang an Gemüthsverstimmung und gestörtem Schlaf gelitten haben soll. Er zeigte Misstrauen und Hass gegen seine Umgebung, namentlich gegen seine Ehefrau, mit welcher er früher immer im besten Verhältniss gelebt hatte. Er glaubte eine Stimme zu hören, welche ihm verkündete, er müsse ein gewisses Mädchen heirathen, da seine Frau bald sterben würde. Er hatte fremdartige Empfindungen im ganzen Körper und glaubte „verzaubert" zu sein. Er wurde am 27. October 1866 in die Hildesheimer Anstalt aufgenommen. Nach seiner Aufnahme in die Anstalt zeigte er Verfolgungsideen der mannigfaltigsten Art, welche sich hauptsächlich auf krankhafte Sensationen stützten. Die Gedanken, äusserte er, würden ihm „gezogen", und zwar durch „heimliche Mittel und Zauberwerke". Es würden „unsichtbare Schläge" gegen seine Augen geführt. Er werde durch „Schwarzkunst" entsetzlich gequält. Es werde ihm jede Nacht ein anderes Bett untergelegt, damit er nicht schlafen könne. Oft glaubte er in den Speisen einen falschen Geschmack wahrzunehmen und sprach die Befürchtung aus, dass man sein Leben ernstlich bedrohe. In diesem Zustande blieb er bis zum Jahre 1870, in welcher Zeit sich leichte Ueberschätzungsideen zeigten. Er betete viel und sprach von der Gnade Gottes, die ihm in besonderem Grade zu Theil werde. Ganz allmälig steigerte sich diese Ueberschätzung bis zu der Wahnidee, dass er eine göttliche Person, ein Abgesandter Gottes sei, der die Welt von allen Mängeln und Sünden zu heilen berufen sei. Neben diesen Grössenideen dauern die Verfolgungsideen mit quälenden Sensationen ungeschwächt fort, jedoch mit Remissionen. Er fühlt Schmerzen, lähmungsartige Schwäche und Unbehagen im ganzen Körper und lässt sich zu den heftigsten Anschuldigungen hinreissen, da er der festesten Ueber-

zeugung ist, dass diese quälenden Empfindungen durch böse Menschen auf übernatürliche Weise hervorgerufen würden. Trotz dieser schweren Krankheitserscheinungen ist der Genannte ein intelligenter, fleissiger Arbeiter und macht sich durch seine Leistungen sehr nützlich.

Krankheitsskizze VIII (Paranoia im 39. Lebensjahre, die sich auf Sinnestäuschungen, besonders aber auf ungewöhnlich starke krankhafte Sensationen stützt. Nach 6 Jahren das Hinzutreten von Ueberschätzungsideen, neben welchen die Verfolgungsideen in ungeschwächter Stärke fortdauern).

Der Musiker Hermann W., der Sohn eines wohlhabenden Bäckers, geboren im November 1843, ohne erbliche Anlage zu Geistesstörung, soll früher immer gesund gewesen sein. Er zeigte als Kind gute geistige Anlagen, insbesondere Talent für Musik. Er widmete sich, als er erwachsen war, kaufmännischen Geschäften, worin er aber wenig Erfolg und Befriedigung fand. Er beschloss daher sich als Musiker auszubilden und besuchte zu diesem Zwecke mehrere Jahre lang das Conservatorium in Leipzig. Im Jahre 1882 erkrankte er an Geistesstörung, nachdem sich vorher seit längerer Zeit eine nervöse Reizbarkeit entwickelt hatte. Es bildeten sich Verfolgungsideen aus. Er glaubte von einer unbekannten Macht nachtheilig beeinflusst zu werden und Stimmen zu hören, die feindlige Drohungen enthielten. Er brach jeden Verkehr mit seinen Verwandten ab, welche er für seine Feinde hielt. Im Jahre 1884 unternahm eine Reise nach Amerika, um seinen Hallucinationen zu entfliehen. Dieselben verfolgten ihn aber auch dort und er kehrte ungebessert zurück. 17. April 1885 wurde er der Hildesheimer Anstalt zugeführt, nachdem gegen seine Umgebung, besonders aber gegen seinen Vormund gefährlich geworden war, welchen er sogar mit Mord bedrohte. In der Anstalt bot er sofort das ausgeprägteste Bild der Paranoia. Seine Verfolgungsideen waren sehr entwickelt und stützten sich auf Gehörstäuschungen, insbesondere aber auf krankhafte Sensationen. Er fühle fortdauernd, versichert sich den Einfluss feindlicher Gewalten, welche er „Registerzüge" nennt. Diese Registerzüge von magnetisch elektrischer Natur benutzten seine Feinde um ihm Schmerzen und unerträgliche Reizungen in allen Theilen seines Körpers zu verursachen. Der Kranke nimmt die wunderbarsten Stellungen an um diese feindlichen Einwirkungen erträglicher zu machen. So nimmt seine Wirbelsäule gewaltsam nach hinten, er fährt zusammen unter elektrischen Schlägen erschüttert und verzieht seine Gesichtsmuskeln in schmerzhafter Weise. Diese Krankheitserscheinungen haben sich von Jahr zu Jahr zugenommen. Während der Kranke früher noch Freunden hatte und Freude am Clavierspiel zeigte, ist er jetzt zu jeder Beschäftigung unfähig, indem er ununterbrochen hallucinatorisch beeinflusst wird. Noch kann man seine Aufmerksamkeit auf einige Zeit fixiren, wenn man die Rede auf Gegenstände bringt, die für ihn von besonderem Interesse sind, z. B. auf die Geschichte der Musik. Er zeigt dann ein gutes

Urtheil und richtiges Verständniss. Im Februar 1889 äusserte der Kranke zum ersten Mal Ueberschätzungsideen. Er behauptete den französischen Krieg von 1870/71 geistig „durch Registerzüge“ geleitet zu haben. Er habe die deutschen Heere in Wirklichkeit geführt und ihm seien alle Erfolge zu verdanken, indem er alle Feldherren inspirirt habe. Er entwickelte sodann die Grössenideen weiter und äusserte, er habe auch die Kriege 1864 und 1866 geistig geleitet und es seien ihm die höchsten Ehrenstellen in der Armee angeboten worden. In der neuesten Zeit behauptet er, dass er durch Registerzüge zum „General-Lieutenant von Paris“ ernannt worden sei und ebenso zum König von Madagaskar, welches Land er auf „geistige Weise“ regiere.

Die Verfolgungsideen dauern neben diesen Ueberschätzungsideen in ganz gleicher Weise und gleicher Stärke fort.

Krankheitsskizze IX (Paranoia im 55. Lebensjahre. Verfolgungsideen mit starken Hallucinationen. Nach 7 Jahren traten Ueberschätzungsideen auf, und beide Gruppen von Wahnideen bestehen seitdem in gleicher Stärke nebeneinander).

Mathilde S., geboren im Mai 1818, aus einer gebildeten Familie stammend, ohne erbliche Anlage zu Geistesstörung, soll von Kindheit an geistig wohlbegabt und von liebenswürdigem Charakter gewesen sein. Ihre Constitution war kräftig. Sie verpflegte, nachdem ihre Mutter früh verstorben war, ihren kränklichen Vater und eine leidende Schwester mit grosser Aufopferung und mit Anspannung aller Kräfte des Körpers und des Geistes. Abgesehen von einem Typhus in jüngeren Jahren, soll sie niemals ernstlich krank gewesen sein, jedoch litt sie vielfach an Kopfschmerzen. Im Jahre 1873 erkrankte sie an Geistesstörung. Ihr Charakter veränderte sich auffallend. Sie wurde misstrauisch, zog sich von ihren Bekannten zurück und bald zeigten sich Verfolgungsideen mit Hallucinationen. Sie glaubte überall verdächtige Stimmen zu hören, klagte, dass man in den Nachbarhäusern nachtheilig über sie rede, dass man „Lichtreflexe“ in ihr Zimmer werfe, um sie auszuforschen, dass des Nachts heimlich Personen in ihr Schlafzimmer eindrängen, um sie geschlechtlich zu missbrauchen, sodass sie auf diese Weise schwanger geworden sei. Sie wurde im August 1878 in die Anstalt aufgenommen. Hier äusserte sie sofort die ausgedehntesten Verfolgungsideen und Hallucinationen. Sie äusserte nachstehende Wahnideen. Ihre Feinde hätten ihr Gift eingespritzt, und zwar in die Nasenspitze. Man täusche sie auf alle Weise, z. B. erschienen ihr die Menschen nicht in ihrer wahren Gestalt, sondern in doppelter oder dreifacher Erscheinung, sodass sie niemals wisse, wen sie vor sich sehe. Man habe ihr im Schlafe auf übernatürliche Weise eine Rippe weggenommen, sodass sie jetzt immer ihre Seite stützen müsse, damit das Herz nicht herausfalle. Auch nähme man ihr im Schlaf ihre guten Zähne weg, um dafür schlechte einzusetzen. Des Nachts würden in ihrer Nähe Orgien gefeiert; sie höre deutlich das Gläserklingen und die

unziemlichen Reden der schwelgenden Gäste. Es kämen nicht nur des Nachts Männer in ihr Schlafzimmer, sondern es habe sogar ein Affe in ihrem Bette gelegen. Es würde täglich Menschenfleisch gebraten und ihr vorgesetzt. Diese und ähnliche Wahnideen regten die Kranke oft gewaltig auf, sodass sie zu den feindseligsten Aeusserungen hingerissen wurde.

Im April 1880, also 7 Jahre nach ihrer Erkrankung, zeigten sich die ersten Ueberschätzungsideen bei ihr. Sie behauptete, es sei eine Tonne Goldes an die Anstalt abgegeben worden, welche sie beanspruche. Im August 1880 sprach die Kranke von einem grossen Rittergut, welches sie besitze. Die Documente darüber seien ihr vorgelesen worden. Seitdem entwickelten sich die Grössenideen ununterbrochen weiter. Zuerst glaubte sie nur eine sehr reiche und vornehme Dame zu sein, dann aber hielt sie sich für eine Prinzessin und endlich für eine Kaiserin, welche Wahnidee noch fortdauernd besteht. Daneben bestehen die Verfolgungsideen mit Hallucinationen, besonders mit krankhaften Sensationen in ungewöhnlicher Stärke fort.

Das Urtheil der Kranken über ihren Wahnideen fernliegende Dinge ist besser als man es bei so schwerer Erkrankung erwarten sollte.

Krankheitsskizze X (Verfolgungsideen mit Hallucinationen, besonders starken krankhaften Sensationen und sehr abenteuerlicher Wahnbildung. Nach 18 Jahren traten Ueberschätzungsideen dazu. Die Verfolgungsideen dauern, anscheinend etwas abgeschwächt, fort).

Der Lohnkutscher Friedrich L., geboren im Februar 1832, mit [illegible]licher Anlage zu Geistesstörung, indem sein Grossvater väterlicher Seite [illegible] Geistesstörung gelitten hat. Er selbst soll in seinen ersten Lebensjahren an Krämpfen gelitten haben. Später war er gesund, aber geistig [illegible]ach begabt. Er versah indessen seine Geschäfte als Lohnkutscher erträglich gut, bis er im Jahre 1869 an Verfolgungsideen erkrankte. Er behauptete, er werde von „Leuten“ oder von „Herren“ auf übernatürliche [illegible]e gepeinigt. Diese Leute kämen des Nachts in sein Bett, „drängten [illegible]n seine Arme und Beine“ und machten ihm Schmerzen. Er verliess [illegible]ein Bett und schlief auf den blossen Brettern seiner Stube um sich [illegible]ützen. Er glaubte auch seine Verfolger zuweilen sprechen zu hören, [illegible] sie ihm zuriefen, „er solle schlecht werden“. Am 6. Januar 1871 [illegible] er in die Anstalt aufgenommen. Er war Anfangs sehr unwillig [illegible]r, dass man ihn in der Anstalt festhalte, und sprach sich über seine [illegible]leen gar nicht aus. Bald aber konnte er sich nicht mehr beherrschen [illegible]ilderte nun die schrecklichen Qualen, welche seine Verfolger ihm [illegible]. Sie machten ihm ekelhafte Geruchsempfindungen und unbe[illegible]che Schmerzen im Innern seines Körpers. Sie verständen es, sich [illegible]ein zu machen, wie eine Stubenfliege oder noch kleiner, um in [illegible]erkleinerten Gestalt durch den Mund oder die Nase in das Innere [illegible]örpers zu kriechen und ihn dort zu misshandeln. Sie verletzten [illegible] vermittelst schneidender Instrumente, die sie, auch in verkleinertem [illegible], mit sich geführt hätten, auf das Grausamste. Manche dieser

Verfolger hätten schwarze Felle, andere hätten rothe Felle. Oft höre er die Verfolger rufen: „ich komme“. Er nennt auch verschiedene Namen derselben. So erzählt er, ein gewisser Bendler sei ihm mit einem Bund Streichhölzer in den Bauch gekrochen und habe dort die Streichhölzer angezündet und habe ihm auf diese Weise das ganze Fett aus dem Bauche herausgeschmolzen. Ein anderer, Namens Soden, ziehe ihm mit einem langen Schnabel das Fett aus der Brust, um sich selbst damit zu mästen. In dieser Gestalt blieb der Zustand des Kranken ziemlich unverändert, bis im December 1887, also 18 Jahre nach dem Anfang seiner Erkrankung, Ueberschätzungsideen bei ihm auftraten. Er erklärte, dass er ein reicher Gutsbesitzer sei, und dass dieser grosse Landbesitz einstweilen von seinen Leuten verwaltet würde, bis er Alles selbst übernehmen würde. Er bittet daher täglich dringend um seine Entlassung aus der Anstalt. Die Verfolgungsideen dauern neben diesen Ueberschätzungsideen zwar noch fort, aber, wie es scheint, in abgeschwächtem Grade. Zu den ausführlichen Schilderungen derselben wie in früherer Zeit ist er jetzt wenigstens auf keine Weise mehr zu bewegen. Die Intelligenz des Kranken, die nie sehr bedeutend war, ist auch jetzt nur eine geringe. Er ist übrigens ein guter Arbeiter.

In dieser Weise gestaltet sich nach meinen Beobachtungen das Verhältniss der Ueberschätzungsideen zu den Verfolgungsideen in der Paranoia. Es ist offenbar ein Krankheitsstamm, aus welchem beide entspringen. Der Keim der Ueberschätzung liegt bereits in der Art und Weise, wie diese Kranken ihre eingebildeten Verfolgungen auffassen. Während der Melancholiker die Verfolgungen, welche ihm, seiner Meinung nach, auferlegt werden, demüthig und trostlos hinnimmt und seiner eigenen Unwürdigkeit und Schlechtigkeit die Schuld zurechnet für alles Unglück, welches er fürchtet, fühlen sich die Kranken bei Paranoia durchaus als unschuldige Opfer ruchloser Bosheit. Sie haben das lebhafteste Gefühl für Abwehr und für Rache. Der Mord, welchen ein an Paranoia leidender Kranker begeht, ist immer der Ausfluss vergeltenden Hasses oder angeblich gerechter Nothwehr, während der Mord, welchen ein Melancholiker begeht, in der Regel mit dem Gefühle tiefsten Mitleids in Zusammenhang steht. Die an Melancholie leidende Mutter tödtet ihr Kind, weil sie dasselbe vor namenlosem Unglück schützen will, der an Paranoia leidende Kranke tödtet seinen besten Freund oder dessen Ehefrau, weil er dieselben in Verdacht hat, dass sie ihn umbringen oder schädigen wollen. Er sieht nach begangenem Morde kalt und befriedigt auf seine That. Er fühlt

keine Reue und kein Erbarmen. Es ist das krankhaft gehobene Selbstgefühl, die gesteigerte Subjectivität, was ihn so empfinden und handeln lässt. Es erkalten bei ihm auch fast ausnahmslos die Gefühle der Liebe gegen seine Familie und gegen die nächsten Freunde. Wenn bei gewissen Formen der Melancholie diese Gefühle ebenfalls erkalten, so geschieht dieses doch in ganz anderer Weise als bei Paranoia. Der Melancholiker empfindet diese Entfremdung und Gleichgültigkeit für Alles, was ihm sonst das Theuerste im Leben war, als ein schweres Geschick, als ein entsetzliches Unglück und bei seiner Wiedergenesung fehlt nicht der Ausdruck der dankbarsten Freude, dass er andere Menschen wieder lieben kann. Von Allem diesem ist bei Paranoia nichts aufzufinden. Sowie hier das Krankheitsbewusstsein in der Regel gänzlich fehlt, so ordnet sich auch jedes Gefühl der Pflicht und Liebe dem unbarmherzigen, harten Egoismus ohne Schranken und Grenzen unter. Dass sich unter solchen Bedingungen früher oder später eine Verrücktheit der Persönlichkeit des Kranken herausbildet, dass ihn eine Wahnidee ergreift, ein Mann von unbegrenztem Einfluss, ein Christ, ein Kaiser, ein Prophet, ein Gott zu sein, ist einigermaassen begreiflich.

Die ganze Richtung der Krankheit weist auf diese schliesslichen Resultate der Selbstüberschätzung hin, wenn auch die Hallucinationen die besondere Gestaltung der Grössenideen bestimmen.

Wie allgemein bekannt ist, und wie ich auch an anderen Orten hervorgehoben habe, durchschreitet die Paranoia nicht in allen Fällen die typische Bahn, wie dieselbe in den vorstehenden Krankheitsfällen geschildert wird. Die Krankheit kann gleichsam zum Stillstand kommen. Die Wahnideen und Hallucinationen verlieren in diesen Fällen ihre fortbildende Kraft und ihre Gewalt auf die Gemüthsstimmung der Kranken. Sie verblassen gleichsam. Wenn eine Heilung erfolgt, welche bei Paranoia bekanntlich äusserst selten ist, so tritt doch eine Beruhigung ein, welche für die Kranken und für ihre Umgebung von der wohlthätigsten Wirkung ist. Schliesslich erlaube ich mir noch eine Bemerkung über die Benennung der Krankheitsform, welche ich in den vorstehenden Abhandlungen als „Paranoia“ bezeichnet habe. Es ist fast nothwendig, zu diesem griechischen Worte seine Zuflucht zu nehmen, da die deutschen Irrenärzte sich fortdauernd über eine deutsche

Benennung dieser Krankheitsform nicht einigen können. Es stehen sich fortdauernd die Bezeichnungen „Wahnsinn“ und „Verrücktheit“ fast feindlich gegenüber. So wenig Wichtigkeit die Sache an sich hat, so möchte ich doch daran erinnern, dass *Jacobi* und die meisten älteren Irrenärzte mit dem Worte „Wahnsinn“ annähernd dieselben Krankheitszustände bezeichneten, welche wir jetzt Paranoia nennen. Mit dem Worte „Verrücktheit“ dagegen bezeichneten sie Zustände secundärer geistiger Schwäche mit einer gewissen Aufregung und Verwirrtheit. Es scheint mir auch dieses Wort für solche Zustände, in welchen für den Kranken alle oder doch viele Dinge von ihrer gehörigen Stelle verrückt (weggerückt) sind, nicht unpassend zu sein. Den ruhigen, gemessenen Gang der Paranoia, wobei die formale Seite der Seelenthätigkeit so wenig verändert erscheint, dass der Nichtwissende gar nichts Abnormes bemerkt, scheint mir aber dieses Wort höchst ungenügend zu bezeichnen, während das Wort „Wahnsinn“ für diese Krankheitszustände, in welchen die Wahnideen eine so ganz beherrschende Stellung einnehmen, meiner Meinung nach nicht ohne eine gewisse Berechtigung gebraucht werden kann.

Ueber Heboïdophrenie [1]).

Von

Director Dr. Kahlbaum
in Görlitz.

Unter Heboïdophrenie verstehe ich einen psychischen Krankheitszustand, der in der Jugend auftritt und in seinen symptomatischen Eigenthümlichkeiten so geartet ist, dass er sich mit keiner anderen der bisher aufgestellten psychischen Krankheitsformen deckt. Und zwar bestehen diese Eigenthümlichkeiten:

1) In Abweichungen des gesammten Verhaltens, in Abweichungen und Ungewöhnlichkeiten jenes Complexes von seelischen Eigenschaften, welche vorzugsweise die psychische Individualität des Menschen in socialer Beziehung zusammensetzen und welche man zusammen bald Charakter, bald Persönlichkeit, bald auch Temperament nennt.

2) Bestehen diese charakteristischen Eigenthümlichkeiten in Abweichungen und Ungewöhnlichkeiten des Trieblebens, welche als Mängel oder Abweichungen der Gewohnheiten und der Sittlichkeit aufzufassen sind und in extremen Fällen sich als verbrecherische Neigungen oder verbrecherische Thaten äussern. Andere Symptome, wie Abschwächungen der Intelligenz oder auch entgegengesetzt, hohe Entwickelung derselben, überaus geniales Wesen, Abschwächungen oder Steigerungen des Gefühlslebens können ebenfalls im einzelnen Fall vorhanden sein, sind aber nicht charakteristisch und können auch ganz fehlen. Wie bekannt, habe ich in dem von

---

[1]) Vortrag im Verein der ostdeutschen Irrenärzte am 29. Juni 1889 in Görlitz.

mir aufgestellten Krankheitsbilde der Hebephrenie oder des Jugendirreseins diese symptomatischen Charaktere bereits zur Kennzeichnung der Hebephrenie verwendet.

In der That bin ich zur Gründung des neuen Krankheitsbildes von der Hebephrenie ausgegangen. Indem ich die weiter in meine Beobachtung gelangten Fälle von jugendlichen Kranken einer genaueren Betrachtung und Vergleichung unterwarf, stellte sich, nachdem der Vorrath an Krankengeschichten dieser Gattung ein sehr grosser geworden war, das Bedürfniss heraus, unter diesen Fällen, abgesehen von denen, welche in irgend eine andere Krankheitsgruppe gehören, z. B. in die Dysthymie oder die Paranoia, stellte sich, sage ich, das Bedürfniss heraus, wenigstens 2 Reihen zu unterscheiden. Die Fälle der einen verlaufen viel stürmischer und führen durch verschiedene Stadien, schliesslich und zwar meist frühzeitig, nach verhältnissmässig kurzem Verlauf zu einem Verfall der geistigen Kräfte — d. i. die eigentliche Hebephrenie, wie ich sie früher allgemein aufgefasst habe, und wie sie durch *Hecker* auf Grund meines Materials und meiner Erörterungen geschildert worden ist [1]). Die anderen verlaufen viel weniger stürmisch, können zwar auch einen Wechsel der Stimmung zeigen, bleiben aber im Wesentlichen auf demselben Stande geistiger Leistungsfähigkeit, der für ihre individuelle Begabung charakteristisch ist, und verfallen im Allgemeinen nicht in Verwirrung und Schwachsinn. Diese letzteren zeigen für die oberflächliche oder laienhafte, alltägliche Betrachtung viel weniger das Gepräge der geistigen Krankheit, als viel mehr das der schlechten Erziehung, der Ungezogenheit. Nach anderer Richtung ist der Unterschied auch so zu fassen: jene ersteren Fälle sind die symptomatisch umfassenderen, schwereren, diese letzteren die enger begrenzten, und während jene ersteren meistens als unheilbar zu bezeichnen, sind, sind diese letzteren meist als heilbar anzusehen. Da nun aber beide Formen jedenfalls enge zusammengehören, die letztere Form gewissermaassen nur ein Ausschnitt aus dem Symptomenbilde der ersteren ist, so habe ich die alte Bezeichnung Hebephrenie oder Jugendirresein für die erstere Form belassen und die letztere (nach dem Muster von Typhus — Typhoid, Cancer — Cancroid) Heboïdophrenie oder kurz Heboïd nennen zu

[1]) *Virchow*'s Archiv f. path. Anat. etc. 52. Bd. 1870.

sollen geglaubt, wofür ich ein deutsches geeignetes Wort leider noch nicht gefunden habe, aber vorläufig vielleicht Jugendhalbirresein sagen könnte.

Ich will Sie nun gleich durch Schilderung eines bestimmten Falles möglichst in medias res führen.

Ein Sohn aus einer wohlhabenden Fabrikantenfamilie einer grösseren Stadt, Richard M., der sich bis zu seinem 12. bis 13. Jahre anscheinend ganz normal entwickelt hat, fängt allmälig an, launisch zu werden gegen Fremde, wie ganz besonders gegen seine Mutter, die ihn als einzigen Sohn allerdings sehr verzogen hatte. Der Vater, ein sehr rechtlicher, strenger Mann von mit Bewusstsein gepflegten guten Grundsätzen, hatte ihn von früher Kindheit auf sehr ernst erzogen, hatte strenge darauf gehalten, dass er seine Leistungen für die Schule gut inne hielt, und ihn mit Rügen belegt, wenn er nicht gute Zensuren nach Hause brachte. Obwohl sich der Vater nie etwas gegen ihn vergeben hatte, trat allmälig aber auch gegen diesen beim Sohn ein trotziges Wesen auf, und endlich kam es in der Schule zu einem Eklat, der seine Entfernung aus dem Gymnasium zur Folge hatte, worauf er in eine Pension in einer kleineren Stadt der Provinz zu einem als guten, strengen Pädagogen bekannten Gymnasiallehrer gebracht wurde. Er blieb einige Jahre dort; so oft er zu den Ferien nach Hause kam, wo er dann die Genüsse der grossen Stadt, auch die guten, in grossen Zügen zu geniessen suchte, gab es einen Eklat mit den Eltern, und stets schied er in Feindschaft vom Vater. Mit seinem Pensionsgeber lebte er auch nicht im besten Einvernehmen, und um diesem einmal einen Schabernak zu spielen, thürmte er in Gegenwart eines anderen Schülers eines Tages aus Kisten und dergleichen eine grosse Pyramide vor der verschlossenen Thür seiner Wohnung auf und setzte sie in Brand. Als die Nachbarn, durch den Qualm aufmerksam gemacht, Lärm schlugen, wollte er nicht öffnen, behauptete, auf seinem Zimmer wäre er Herr und könne machen, was er wolle. Es musste schliesslich die Polizei zu Hilfe geholt werden. Seine Sehnsucht, aus der kleinen Stadt wieder nach der grossen zu kommen und nach den Fleischtöpfen des Elternhauses, wurde nun erfüllt, und er kam nun wieder in der Heimathstadt in ein anderes Gymnasium. Hier wiederholten sich die früheren Ungehörigkeiten. Am hellen Tage ging er in der Sommerwohnung nackt im Schlafrock umher, kam in Gesellschaft ohne Kragen, blieb ohne Grund von einem Familienfest im Elternhause fern, und als ein Freund des Hauses ihn mal zur Rede stellte, warum er so eigenthümlich wäre und nicht so wie Andere thäte, fuhr er den grob an, er habe ihm nichts zu befehlen. Gegen einen Verwandten, einen jungen Arzt, der ihm den Jahren nach näher stand, und zu dem er besonderes Vertrauen hatte, äusserte er einmal, er hätte sein ganzes Leben lang seine Eltern falsch behandelt, er hätte sie sich ordentlich erziehen müssen, er hätte nur stets heftig gegen sie sein müssen.

Und bei dieser Aeusserung sprach er gleichzeitig die Ansicht aus, er wäre krank, er fühle sich nach all den Scenen angegriffen, ob es nicht ein Krankenhaus gebe, wo er Besserung finden könne. Allmälig kam auch der Vater, der ihn bisher für einen niederträchtigen Kerl gehalten hatte, zu der Ahnung, dass es sich um einen kranken Menschen handle. In Folge dessen hatte der sich nun entschlossen, ihn von jetzt ab milder zu behandeln. Unter der fortgesetzten Willfährigkeit des Vaters wurde der Sohn aber immer aufsätziger und beobachtete kaum noch die gesellschaftlichen Formen gegen ihn. — Ich will Sie nicht mit all den Einzelheiten hinhalten, die in der Familie weiter vorkamen, und theile nur noch mit, dass er gegen einen Onkel, der ihm freundlich Vorhaltungen wegen seines Verhaltens machen wollte, in Wuth die Hand erhob und entgegen rief: „Wenn Du nicht augenblicklich still bist, schlage ich Dich todt", und $^3/_4$ Stunden später liess er denselben Onkel zu sich bitten und sagte ihm: Ich fühle mich krank, ich kann nicht immer so handeln, wie ich sollte, ich muss manchmal so handeln, wie es nicht recht ist, es ist das beste, ich käme in ein Irrenhaus. So wurde schliesslich auf sein Betreiben ein Specialist um Rath gefragt und dann dem Rath entsprechend, seine Uebersiedelung in unsere Anstalt bewirkt. — In einem Schriftstück, welches er dem Specialisten übergab, steht unter Anderem: „Ich wundere mich selbst über den guten Schritt, den ich thue, in's Irrenhaus zu wollen, denn ich denke jetzt an nichts anderes als an Verbrechen und Morden."

In der Anstalt wurde nun bei der scheinbaren Freiwilligkeit seines Eintritts in die Anstalt versucht, ihn unter den leichten Kranken wohnen zu lassen. Aber schon nach 6 Tagen hatten sich seine Ungewöhnlichkeiten und Ungehörigkeiten so gehäuft, dass er in die nächst schwerere Station versetzt werden musste. „Er sei hierher gekommen, sagte er, um sich einmal ganz zurückzuziehen und zu erholen", er sprach mit keinem Menschen, bei Tische und zwar am Gesellschaftstisch sass er ganz steif gerade und starrte vor sich hin in's Leere, langte ganz eigenthümlich von oben nach den Speisen und griff oft daneben, weil er garnicht danach sah, wo er hin griff; ein Wasserglas wies er zurück, weil ein kleines Luftbläschen im Glase war; in seinen Angaben über seine Vergangenheit erging er sich über die Ungeeignetheit seiner Erziehung durch die Eltern und Lehrer, er sei ganz ungerecht behandelt, seine Mutter habe ihn mit ewiger Bevormundung gequält, und sein Vater sei ein herzloser Tyrann gegen ihn gewesen. Dabei brachte er ganz nichtige Geschichten bis aus seiner frühesten Kindheit vor und schilderte den Vater in einer Weise, dass kein Hund hätte ein Stück Brod von ihm nehmen mögen. Als er von seinen Sachen, Dinge, die er brauchte, nach Hause schicken wollte und ihm diese aus dem Packet herausgenommen und zurückgegeben wurden, machte er einen grossen Skandal, stellte die Aerzte in einer eigenthümlich inquisitorischen Weise zur Rede, als ob es sich um eine Obertribunals-Untersuchung auf Tod und Leben handle. Bei dieser Gelegenheit wurde

er aus der leichten Abtheilung nach der nächsten versetzt. Hier führte er dann am folgenden Tage eine Scene auf. Er weigerte sich zu essen. Da er, obwohl gross gewachsen und ziemlich kräftig gebaut, doch blass und elend aussah, so wurde es richtig gefunden, ihn durch Hungernlassen nicht erst weiter herunterkommen zu lassen, sondern seinen schlechten Willen sofort zu brechen und ihn zu füttern. Als ihm das Essen gereicht wurde, machte er sich steif und krumm und knickte dann apathisch zusammen oder sass ganz zusammengekauert in der Ecke des Sophas. Er wurde aber gefüttert und dann in den Garten getragen. Am nächsten Tage ass er wieder selbst und ging auch selbst in den Garten.

Aus dem weiteren Verlauf will ich dann nur kurz berichten, dass, wie Sie sich denken können, noch recht oft allerlei Tänze aufzuführen waren. Als er sich einigermaassen in die anstaltliche Lebensordnung gefunden hatte und er nun etwas zu arbeiten anfangen sollte, äusserte er: „zu arbeiten brauche er nicht, die Reichen hätten das nicht nöthig, sondern nur die Armen", — das war noch ½ Jahr nach seiner Aufnahme in die Anstalt. Bald danach aber äusserte er: „es fange an, ihm sehr langweilig zu werden, er werde doch wohl etwas arbeiten müssen". Endlich nach 7 Monaten fing er an, wissenschaftliches zu arbeiten. Hier seien noch einige Stellen aus seinen Briefen angeführt:

1. Aus einem Brief an den Vater: „Wenn Du in Deinem Briefe sagst, dass ich wieder einen Anflug von Liebe zu meinen Eltern nehme, so erlaube ich mir zu bemerken, dass die Liebe die ich zu Euch meinen lieben Eltern hegte, stets eine gleiche gewesen ist, wenn auch zeitweise die Verhältnisse mich darin hinderten, dieselbe gleichmässig zu äussern. — Ich wiederhole, dass ich, was an mir liegt, zur Herstellung des rechten Verhältnisses zwischen mir und meinen theuren Eltern beitragen werde. Es waren eine Zeit lang Zweifel in mir rege über die Möglichkeit der Herstellung eines solchen guten Verhältnisses überhaupt, und ich war, da ich nur in der Lösung aller Misshelligkeiten und in der glücklichen Gestaltung unseres gegenseitigen Verhältnisses mein Glück finden kann, der vollen Verzweiflung sehr nahe. Doch diese Zweifel haben in mir der Ueberzeugung Platz gemacht, dass dieses Ziel zwar nicht leicht, jedoch keineswegs unerreichbar sei. — — Und wozu willst Du Zweifel hegen, wenn ich selbst, der doch am allerschwersten zu leiden hatte unter den unglücklichen Verhältnissen, dessen Lebensglück auf ewig verloren schien, alle Zaghaftigkeit von mir geworfen und frischen Muth gefasst habe!? Die Vergangenheit sei vergessen. — — Ich glaube, dass auch Du mein geliebter Vater, mir nur stets gute Absichten zumuthen wirst, dass Du meine nothwendige Selbstständigkeit nicht beschränken wirst, aus Furcht, ich könnte sie schlecht benutzen, sondern mir gern Gelegenheit geben wirst, mich selbstständig zu zeigen, weil Du weisst, dass ich diese nur zu meiner und meiner Eltern Ehre benutzen werde. Freilich Achtung der Person und rückhaltloses Vertrauen ist Nothwendigkeit, wo dieses beides fehlt, würde jede

Mühe vergeblich sein. — — Der Platz welcher mir in meinem Alter gebührt, ist der im elterlichen Hause.

2. „Was meine Gesundheit betrifft, so muss ich noch immer über grosse Schwermuth klagen. Ich suche mich etwas ernstlich zu beschäftigen.“ — — „Zwar kann es noch Jahre lang dauern, bis ich meine Melancholie ganz los bin, aber meine trübe Stimmung ist immer noch nicht fern genug von Geistesstörung um schon die Zeit der Abreise von der Görlitzer Anstalt bestimmt vorher angeben zu können.“

3. „Wenn Du meinst, ich werde bei meiner Rückkehr in die Heimath und in das elterliche Haus Feste begehen, so erwidere ich Dir darauf dass nachdem ich erstens so krank gewesen 2., so lange in einer Heilanstalt für Geisteskranke gewesen bin, wo man ein ganz eigenartiges Leben führt, es mir nicht so ganz leicht sein wird, mich wieder an das allgemeine gewöhnliche Leben zu gewöhnen.“ — — „Ich kann Dir die Versicherung darüber abgeben, dass ich den Aerzten hier, die solch liebevolles Verständniss für mich haben, möglichst viele Einsicht in mein Handeln gewähre.“

4. Schreibt einen eiligen Brief an seinen Vater mit vielem Sums und hebephrenischen Formalismus, dass, da er in's 20. Jahr getreten sei, sich nun als einjährig Freiwilliger melden müsse — „und glaube ich übernimmt in diesem Falle der Vater die Meldung seines betreffenden Sohnes, ich bitte Dich dringend mein lieber Vater diese Meldung Deines einzigen Sohnes nicht zu unterlassen.“ — „Es ist das erste Mal, dass ich in eine Art von Stellung zum öffentlichen Leben trete und ich will meine Staatsbürgerpflicht, eine Pflicht die ja zu den ehrenvollsten des Menschen gehört, wenn sie auch diesmal für mich von geringer Bedeutung ist, nicht versäumen.“

5. Schrieb an Vater und Mutter, bat letztere wieder, ihm keine Zärtlichkeiten zu erweisen, er verdiene sie nicht, und dem Vater unter Anderm, er benehme sich zuweilen noch immer mit Niederträchtigkeit. — Dann an den Vetter: Es ist mir lieb, dass Du eine so gute Meinung von mir hast, mein lieber ....., aber Du thust mir wahrhaftig keinen Gefallen damit, dass Du mich lobst; ich habe es nie gern, gelobt zu werden. Und dann fürchte ich, dass Du Dich über meine Eigenschaften und Fähigkeiten täuschest, die noch sehr viel zu wünschen übrig lassen. Ich habe gewiss den guten Willen, das was das Beste ist, zu thun, aber immer wieder gebricht es mir an der moralischen Kraft und auch an der intellectuellen, meinen Willen wirklich zu bethätigen. Was Deinen Besuch betrifft, mein lieber ....., so würde mir derselbe gewiss sehr angenehm sein, aber er wäre für meine Gesundheit jetzt unbedingt nachtheilig.“

Er erhielt dann von Lehrern aus der Stadt Privatunterricht und wurde darin zwar langsam, aber doch so gefördert, dass er naeh 2¼jährigem Aufenthalt in der Anstalt in das hiesige Gymnasium aufgenommen werden

konnte. Er war zwar von der Unterprima eines Gymnasiums abgegangen, aber seine Kenntnisse waren so ausserordentlich lückenhaft, dass er bei der Aufnahme des Privatunterrichts nach dem Zeugniss der Lehrer kaum für Tertia reif war, und so hatte der 1 Jahr dauernde Privatunterricht nur das Resultat, dass er wieder in die Unterprima des hiesigen Gymnasiums kam.

Ueber den weiteren Verlauf will ich nur noch mittheilen, dass die Eltern, namentlich die Mutter, sich doch nicht entschliessen konnten, meinem Rathe bis zu Ende zu folgen. Der Betreffende wurde nach halbjährigem Besuch des hiesigen Gymnasiums, der von verhältnissmässig gutem Erfolge begleitet war, nach Hause genommen, wo es nun wieder recht schlecht ging und er erst nach mehreren Jahren und mit Unterstützung vieler Privatlehrer endlich als Extraneus das Abiturientenexamen bestand. Er hat dann Jura studirt, das Doctorexamen gemacht und eine Familie mit zahlreicher Nachkommenschaft gegründet, für welche allerdings nur die Arbeit des Vaters resp. Grossvaters die erforderlichen Unterhaltungsmittel gewährt, während er selbst nur als Rentier sich zu bewegen versteht.

Mehr oder weniger ähnlich sind nun alle die Fälle, die ich Ihnen in recht grosser Zahl vorführen könnte. Es werden Ihnen ja zweifellos auch solche Fälle genugsam bekannt sein.

Als wesentlich halte ich nun für diese Fälle 1) die Thatsache, dass die betreffenden Personen nicht in geistige Verkümmerung gefallen sind. Wäre das der Fall, so gehörten sie in das Krankheitsbild der Hebephrenie. Das Krankheitsbild der Hebephrenie zeigt ferner einen ziemlich regelmässigen Verlauf durch verschiedene Stadien. Es leitet sich die Krankheit durch Verstimmungszustände ein, an welche sich Zustände der Tobsucht anschliessen, in welchen die betreffenden Kranken nicht nur allerhand ungehöriges Thun in gewaltsamer Weise ausführen, sondern auch oft expansiven Gefühlsinhalt, Ideenflucht und alles was zum Krankheitsbilde der Manie gehört, erkennen lassen. Nach Aufhören dieses Höhenstadiums tritt allgemeine Verwirrtheit auf und eine mehr oder weniger weit gehende geistige Verkümmerung.

Statt dieses Verlaufs, der durchaus an das Krankheitsbild der typischen Vesanie erinnert, sehen wir bei unseren Fällen zwar ein Schwanken zwischen melancholischen Stimmungen und expansiven Affecten, aber nie einen so abgeschlossenen Totalzustand, sondern immer nur einen mehr oder weniger ausgeprägten Zustand von Affecten und von ungenügendem kindischen Denken. Darin besteht eben ferner der Charakter des Heboïds, in dem ungenügenden unzutreffenden Denken, indem das freie Denken der

Kranken gewissermaassen immer vorbeitrifft. Die Heboïden lernen ganz gut auswendig, können zuweilen ganz gut debattiren, aber eigenthümlich bleibt immer die unpräcise Auffassung dessen, was man ihnen vorgestellt hat, und dann das Vorbeidenken, wie ich es nennen möchte. Das kommt in manchen Fällen auch bei der Hebephrenie, wie im Stadium der Verwirrtheit bei verschiedenen Formen von Seelenstörung vor, bei diesen kommt es dann aber auch zu Wahnideen, während sie hier beim Heboïd fehlen.

Wesentlich ist für viele Fälle dieses Krankheitsbildes das Vorkommen von Aneignung fremden Eigenthums, das bald aus Naschhaftigkeit oder Lust am Besitze hervorgeht, dann also einem verständlichen Zweck zu entsprechen scheint und als nicht krankhaft aufgefasst werden könnte, bald aber auch ohne solchen Zweck vorkommt. Unter wie höchst auffälligen Umständen solche Dieberei aus Naschhaftigkeit vorkommen kann und schon deshalb von jedem als Beweis eines krankhaften Zuges der geistigen Entwickelung aufgefasst werden möchte, wird durch einen Fall trefflich veranschaulicht, der hier in Görlitz vorgekommen ist:

Ein 15jähriger Knabe, das jüngste Kind von 4 Geschwistern aus einer sehr angesehenen Familie, wurde während der Gewerbeausstellung in Görlitz gegen das Ende derselben durch einen Lehrer ertappt, als er von einem Konditor-Auslagetisch Kuchen heimlich wegnahm. Dieser Junge hatte bereits im 6. Jahre seiner Mutter Näschereien in verschmitzter Weise entwendet, im 11. Jahre wurde er aus dem Pensionate entlassen, weil er einem Mitschüler aus dem verschlossenen Pult Näschereien entwendet hatte, und eine Reihe von Entwendungen von Näschereien und Geld, bis zu 100 Markscheinen bildeten eine ununterbrochene Reihe von charakteristischen Vorkommnissen, obwohl es ihm nie an hinreichender Gelegenheit, auch seiner Genusssucht zu genügen, gefehlt hatte und er auch ein regelmässiges Taschengeld bewilligt erhalten hatte. Derselbe war von Kindheit schwächlich gewesen, hatte bis in sein 15. Jahr die Schwäche der Enuresis nocturna behalten, war seit dem 10. Lebensjahre von Anfällen von Mondsucht und Schlafwandeln heimgesucht gewesen und hat auch bis in jenes Alter an Würmern gelitten. Mehrere Male ist es vorgekommen, dass er sich von Hause entfernte und theils ohne Zweck und Grund theils aus ganz nichtigen Veranlassungen von Hause fortblieb, wobei er dann unter freiem Himmel nächtigte und selbst längere Zeit Hunger duldete. Dieser Jüngling wurde, nachdem er wegen jenes Vorfalles auf der Ausstellung aus dem hiesigen Gymnasium, in welchem er die Untertertia besuchte, ausgewiesen war, im Septembar 1885 in unsere Anstalt aufge-

nommen. Er war schon in verschiedenen Pensionen gewesen, immer mit dem ausgesprochenen Zweck, moralisch recht ernst angefasst zu werden.

Hier in der Anstalt gehörte er zu den schwierigsten Fällen, die uns je zur Beobachtung gekommen sind. Obwohl gar nicht unbegabt, war es bei seiner Scheu vor redlicher Arbeit, bei seiner Unfähigkeit, auch nur eine Viertelstunde ohne Anstrengung aufmerksam zu sein, sehr schwer, ihn in den Schulgegenständen vorwärts zu bringen. Vor allem aber war er durch seine Lügenhaftigkeit, durch seine Neigung, andere zu necken und zu ärgern, durch seine stete Unfolgsamkeit, durch Trotz und Hochmuth ein wahres Kreuz für die Abtheilung. Obwohl wir bei seiner Neigung zur Verbitterung nur sehr vorsichtig und langsam steigernd uns zur Anwendung von Disciplinarmaassregeln entschliessen mochten, war der Vorrath der bei uns üblichen Disciplinarmaassregeln doch bald erschöpft. Auffallend war bei seinem trotzigen Wesen die Neigung, leicht zu weinen, ferner die Thatsache, dass in der Zeit des Vollmonds die Vorkommnisse von Ungehörigkeiten sich häuften und steigerten. Aber trotz all dieser Schwierigkeiten war es gelungen, ihn nach $1^1/_2$ Jahren einigermaassen in Zug zu bringen. Dann aber wurde er eingesegnet und von seiner Mutter herausgenommen. Dadurch wurde uns allerdings die Möglichkeit vorenthalten, über seine volle Genesungsfähigkeit ein Urtheil zu gewinnen, indess war bei der grossen, ausserordentlich grossen Schwierigkeit des Falles in dem was wir in den $1^1/_2$ Jahren seines Hierseins beobachtet hatten, doch soviel festgestellt, dass er nicht in fortschreitende Geistesverkümmerung gerieth und dass die Möglichkeit einer Einwirkung sich darbot.

Einen anderen Fall kenne ich, wo der betreffende Jüngling sich Uhren oder dergleichen werthvolle Sachen heimlich aneignete und dann die Dinge verschenkte, oder sie gar nicht verwerthete und ihnen gar keine Beachtung weiter schenkte, so dass man auf die Annahme kommen musste, die Thatsache der heimlichen Aneignung an sich war es, die für ihn den Reiz enthielt. Um nicht zu viel Zeit in Anspruch zu nehmen, muss ich mich für die einzelne Darstellung von Fällen auf das angeführte beschränken. Ebenso muss ich es unterlassen, zur Schilderung der Krankheitsform noch specielleres vorzubringen.

Nur das halte ich noch für erforderlich anzuführen und möchte ich mir Ihre Aufmerksamkeit erbitten für das, was dazu dienen kann, die Stellung dieser Krankheitsform zu sichern und zu begründen.

Da ist denn zuerst die Frage aufzuwerfen, handelt es sich denn in solchen Fällen wirklich um eine Krankheit und nicht vielmehr um eine schlechte Charakterbeanlagung oder das Ergebniss schlechter, mangelhafter Erziehung? mit anderen Worten, sind die Vorkommnisse ungehörigen Benehmens und unmoralischen Handelns unmittelbare Erzeugnisse physisch wirkender organischer

Bedingungen oder sind sie das Resultat schlechten Willens, den der Betreffende nach seiner Wahl durch einen besseren Willen hätte ersetzen können.

Das ist in der That eine wichtige Frage, und sie ist in manchen Fällen nicht so leicht zu entscheiden. Es ist das die Frage, die auch schon wiederholt in bestimmten Fällen Gegenstand officieller gerichtlicher Untersuchung gewesen ist und in einem sehr berüchtigten Falle sogar zu Ungunsten der ärztlichen Auffassung entschieden ist. Ich meine den Fall *E*..... unseligen Angedenkens, auf den, so interessant es auch wäre, ich mir doch versagen muss, näher einzugehen [1]).

In der grossen Mehrzahl der Fälle liegen die thatsächlichen Verhältnisse aber doch meist so, dass der Nachweis der Krankhaftigkeit nicht so schwer wird. Ein Hauptgesichtspunkt ist der, dass in den allermeisten Fällen die Erblichkeitsverhältnisse sehr deutlich für eine organische Belastung sprechen. In vielen Fällen sind in der Ascendenz erhebliche Vorkommnisse von entschiedener Geistesstörung oder schwerer Nervosität aufzufinden. So wurde für den ersten von mir vorgeführten Fall mitgetheilt, dass die Grossmutter väterlicherseits geisteskrank in einer Irrenanstalt gestorben und dass deren Mann Alkoholist gewesen ist. Der Vater, wie einer seiner Brüder sind beide heftig und jähzornig. Eine Schwester des Vaters ist hoch hysterisch und eine Tochter von ihr leidet an Epilepsie. In dem zweiten angeführten Fall waren von Seiten beider Eltern Fälle von Nervenstörungen bei Verwandten vorgekommen und die Mutter war überdem bei der Graviditât mit diesem Kinde erheblich krank gewesen. In anderen Fällen, wo die Erblichkeit weniger entschieden nachgewiesen ist, sind Krankheiten des Gehirns in frühester Kindheit anzuschuldigen, und meist wird dann angeführt, dass das Kind bereits aufgegeben war, und dass es für

[1]) Nur das möchte ich nebenbei angeben, dass ich meinerseits auch heute, nachdem der weitere Verlauf scheinbar denjenigen Recht gegeben hat, welche die pathologische Natur dieses Falles leugneten, zweifellos die Ansicht hege, dass es sich in jenem Falle wirklich um eine psychische Krankheit gehandelt hat. Aber eins war in der Aussage der Aerzte, welche den Jüngling für krank erklärten, nicht richtig, die Behauptung, dass er unheilbar sei. Nach meiner Ansicht gehörte jener Krankheitsfall in diese Gruppe der Heboïdophrenie und war deshalb von relativ guter Prognose.

die Eltern von dem betreffenden Arzte als Trost ausgesprochen wurde, es würde doch aus dem Kinde nichts rechtes geworden sein, es wäre doch nur ein Erzeugniss für die Irrenanstalt geworden.

Meist sind auch an dem Träger der Krankheit deutliche Zeichen irgend welcher Entwickelungshemmung oder sonstige nervöse Störungen vorhanden. So war in dem ersten Fall wenigstens zu constatiren, dass das Kinn auffallend zurückgezogen und klein entwickelt war. In dem zweiten Falle war die auffallende Kleinheit des Körpers gegenüber dem sehr grossen Vater bemerkenswerth und etwas durchaus pathologisches, die Neigung zum Bettnässen noch in seinem 15. und 16. Jahre, ferner die Mondsucht und das Schlafwandeln.

Bei alledem wird man der Erziehung immerhin oft einen wesentlichen Antheil an der mangelhaften seelischen Entwickelung zuschreiben können. Aber diese Fälle setzen ganz besondere Schwierigkeiten den Erziehungsbestrebungen entgegen, und ich muss sogar hervorheben, dass unter den von mir beobachteten Fällen gerade mehrere solche sind, wo die Väter mit ganz besonderer Ueberlegung und Sorgsamkeit ihren Erzieherpflichten nachzukommen bestrebt und befähigt gewesen sind.

Ganz besonders von Bedeutung ist auch wohl, dass diese Menschen sich selbst für krank halten, dass sie oft geradezu sagen, sie seien im Geiste krank oder geisteskrank oder sie gehörten in eine Irrenanstalt, wie ja das auch der erste der von mir vorgeführten Fälle hören liess, oder dass sie sich ganz bestimmt über das Zwangsmässige, Aufgedrungene ihres Thuns beklagen.

Auch die Volksstimme, die Ansicht der Umgebung, welche diese Leute für „verrückt", für geisteskrank erklären, ist wohl nicht ohne Bedeutung.

So glaube ich mich der Frage nach dem allgemeinen Krankheitscharakter positiv entledigt zu haben.

Was nun die Stellung des von mir Heboïd genannten Krankheitsbildes zu den übrigen psychischen Krankheitsformen betrifft, so ist mir entgegen gehalten worden, es sei nicht nöthig, einen neuen Krankheitsnamen aufzustellen, es wären diese Fälle nichts neues, sondern etwas ganz bekanntes. Ganz richtig: solche Krankheitsfälle sind nicht erst in neuester Zeit aufgetreten, sondern schon

früher vorgekommen und jedem Psychiater und Pädagogen bekannt geworden. Aber wohin hat man sie denn bis dahin gesteckt? Manche Fälle sind unter der Benennung moralisches Irresein Gegenstand der wissenschaftlichen oder forensischen Behandlung geworden. Aber der Begriff des moralischen Irreseins, so oft er auch bei Gelegenheit von Gutachten über strafrechtlich verfolgte Fälle aufgestellt worden ist, wird von den gewiegtesten Irrenärzten immer wieder in seiner wissenschaftlichen Haltbarkeit zurückgewiesen, und so bliebe auch die Heboidophrenie, wenn sie als moralisches Irresein aufgefasst werden soll, in der Luft schweben, und doch glaube ich die allgemeine Krankhaftigkeit dieses Zustandes erwiesen zu haben.

Nächstdem wäre es der Schwachsinn, der sich als Vergleichsobject darböte und in welchem in der That die Psychiater, welche die Existenz des moralischen Irreseins als solchen leugnen, diese Fälle zu versetzen pflegen. Aber wie ich es schon im Anfange erwähnt, zeigen diese Fälle oft nicht die geringsten Beweise für Herabsetzung ihrer Intelligenz. Wohl zeigen sie Eigenthümlichkeiten des Denkens und im Ganzen eine herabgesetzte allgemeine Leistungsfähigkeit, aber das Krankheitsbild der Demenz ist doch so bestimmt geartet, dass die Diagnose bestimmter fixirt werden müsste. Weder das Krankheitsbild der acuten Demenz, noch der terminalen oder secundären wird durch diese Fälle gedeckt. Als Imbecillität könnten zwar manche Fälle angesprochen werden, aber doch weitaus nicht alle, und jedenfalls spricht die wesentliche Besserungsfähigkeit gegen die Unterordnung unter dieses Krankheitsbild der Imbecillität. Man hat das Vorkommen moralischer Perversitäten als Folge mangelhafter Entwickelung des Gefühls, des moralischen Sinnes, als Gefühlsarmuth, als Gefühlsdefect erklärt. Aber das Gefühlsleben an sich ist bei unseren Kranken sehr lebhaft entwickelt, das Gefühl für Recht und Unrecht, soweit es in Worte gefasst und an Vorstellungen geknüpft werden kann, geht ihnen gar nicht ab, sie können meist sehr gut darüber debattiren, und nur die Anwendung im einzelnen Fall ist bei ihnen mangelhaft. Die egoistischen Gefühle sind bei ihnen so mächtig entwickelt, dass die gewöhnlichen Hemmungsmittel nicht ausreichen, ihre egoistischen Antriebe zu unterdrücken.

Noch weniger als die Demenz lässt sich das Krankheitsbild der

Melancholie oder Dysthymie als geeignet für die Aufnahme solcher Krankheitsfälle in Anspruch nehmen. Wohl sind solche Kranke depressiven Affecten unterworfen, in dem ersten angeführten Falle hatte der Kranke wiederholt von seiner „Melancholie" gesprochen. Aber die selbständig entwickelte Melancholie oder Dysthymie hat doch auch so bestimmte Züge, also z. B. die Neigung zu Selbstvorwürfen und Anklagen, die Betrachtung der eigenen Schlechtigkeit, welche Züge ganz und gar nicht bei den Krankheitsfällen vorkommen, welche zur Heboïdophrenie zu stellen sind.

Ebenso wenig lassen sich die Fälle des Heboïds unter die Paranoia oder die Manie stellen. Zuweilen erinnern zwar die Eigenthümlichkeiten des Denkens an einen Verrückten, auch das gesteigerte Selbstbewusstsein der Heboïdiker zeigt einige Aehnlichkeit, aber das Charakteristische der Paranoia, das Hervortreten der bestimmten Wahnideen und die Systematisirung von Wahnvorstellungen, die sich an die Hauptwahnidee anknüpfen, fehlt dem Heboïd durchaus. Ebenso wenig reichen die einzelnen verkehrten Handlungen und das verkehrte Benehmen des Heboïdikers dazu aus, mit der unausgesetzten Activität des Maniacus auf eine Stufe gestellt zu werden.

So bleibt also nichts übrig, als diese Fälle zu einer besonderen Gruppe zu vereinigen, welche in nächste Beziehung zu der Hebephrenie zu stellen ist und, so lange kein besserer Namen dafür gefunden ist, mit dem von der Hebephrenie abgeleiteten Namen Heboïdophrenie oder Heboïd belegt werden mag.

Ich konnte mir unmöglich heute die Aufgabe stellen, alles was über diese Krankheitsform beizubringen ist, irgend wie erschöpfend und systematisch vollständig vorzutragen. Es kam mir mehr darauf an, durch Vorführung eines eclatanten Falles Ihre eigene casuistische Erfahrung dafür lebendig in die Erinnerung kommen zu lassen und unter deren Kritik meine Aufstellungen zur Beurtheilung zu bringen. Ich möchte daher meine Hauptgedanken in folgende kurze Sätze kleiden.

1. Es giebt eine Gruppe von Krankheitsfällen des jugendlichen Alters, welche sich absolut nicht unter eine der anderen bekannten Krankheitsformen stellen lassen.

2. Diese Gruppe ist gekennzeichnet durch Veränderungen des

ganzen Menschen, namentlich in dem geistigen Antheil seiner Lebenserscheinungen, so dass man diese Fälle nicht als Partialseelenstörungen und etwa blos als Krankheiten des Handelns bezeichnen darf.

3. Ausser den Symptomen allgemeinen Charakters zeichnen sich diese Fälle durch das Hervortreten moralischer Symptome aus. Aber diese moralischen Symptome decken nicht den ganzen Symptomenbestand und deshalb darf man aus diesen Fällen nicht eine Form des moralischen Irreseins construiren.

4. Wesentlich ist für diese Fälle die Entwickelung in den Kindheits- und Jugendjahren, jedes Vorkommen von Seelenstörungen in höherem Alter mit Vorwalten von moralischen Symptomen ist von diesen Fällen charakteristisch zu unterscheiden.

5. Diese Fälle schliessen sich enger an die als Hebephrenie zu unterscheidenden Krankheitsfälle des jugendlichen Alters an, können mit ihnen in eine grössere Gruppe als hebetische Formen von Seelenstörung vereinigt werden, in welche als Gattung dann die beiden Arten als Hebephrenie und Heboïdophrenie zu unterscheiden sind.

Eine psychische Störung combinirt mit multipler Neuritis (Psychosis polyneuritica seu Cerebropathia psychica toxaemica).

Von

Dr. S. Korsakoff,
Privatdocent der Psychiatrie in Moskau.

In zwei Aufsätzen, von welchen der eine[1]) im „Westnik Psychiatrii“ 1887 erschien, der andere[2]) in der „Jeschenedelnaja klinitscheskaja gaseta“ dieses Jahres, beschrieb ich eine besondere Form psychischer Störung, welche in Combination mit multipler Neuritis auftritt. Ich kann nicht umhin, noch einmal auf diese Form aufmerksam zu machen, weil sie meiner Ansicht nach den Aerzten zu wenig bekannt ist, obwohl sie nicht nur den Psychiatern, sondern auch den Aerzten anderer Specialitäten gar nicht selten begegnet. Ja noch mehr: die Mehrzahl derartiger Krankheitsfälle befindet sich nicht in der Behandlung von Psychiatern, sondern von practischen Aerzten oder Gynäkologen, denn die von mir beschriebene psychische Störung pflegt sich im Verlaufe gewisser anderer Krankheiten — des Puerperalfiebers, acuter und einiger chronischer Infectionskrankheiten — zu entwickeln. Fast in allen Fällen, welche ich zu beobachten Gelegenheit hatte, waren die behandelnden Aerzte durch das Auftreten der von mir beschriebenen Krankheitssymptome stutzig geworden und hatten in

[1]) *S. Korsakoff*, Eine Störung der psychischen Thätigkeit bei alkoholischer Lähmung und ihre Beziehungen zur psychischen Störung bei multipler Neuritis nicht alkoholischen Ursprungs. Bd. IV.

[2]) *S. Korsakoff*, Einige Fälle von eigenartiger Cerebropathie bei multipler Neuritis. No. 5, 6, 7.

Folge dessen den Specialisten für Nervenkrankheiten consultirt. Uebrigens ist auch den Specialisten diese Form geistiger Störung noch wenig bekannt; wenigstens existirt in der Literatur keine Beschreibung derselben als besonderer Krankheitsform. Und doch ist die Krankheit an sich äusserst charakteristisch. In erster Reihe bezeichnend ist die Combination der psychischen Störung mit den Erscheinungen multipler degenerativer Neuritis. Fast in allen Fällen der Krankheit sind die Symptome multipler Neuritis zu constatiren. Freilich sind sie in einigen Fällen schwach ausgeprägt, dafür treten aber in anderen Fällen die Symptome der Neuritis — Lähmungen, Contracturen, Muskelatrophie, Schmerzen — in so dominirender Weise hervor, dass sie sogar die psychische Störung verdecken können. Ferner ist neben der Combination mit neuritischen Erscheinungen auch der Complex der Symptome psychischer Störung an sich charakteristisch, ganz besonders aber die Störung des Gedächtnisses und der Ideenassociation. Alles das zusammengenommen giebt der Krankheit ein so eigenartiges Gepräge, dass es unbegreiflich erscheint, sie bisher noch nicht beschrieben zu finden. Ich erkläre mir das so, dass die Krankheit, wie erwähnt, gewöhnlich im Verlaufe anderer Krankheiten vorkommt, auf welche letztere die ganze Aufmerksamkeit des Arztes gerichtet ist; in Folge dessen wird der von Seiten des Nervensystems hinzutretenden Complication nicht die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt.

In der That beginnt die Krankheit häufig so, dass ihre Anfänge schwer zu bemerken sind. Da sie gewöhnlich als Complication schwerer Erkrankungen, wie Puerperalfieber oder Typhus und dgl., auftritt, so werden ihre Anfangssymptome zusammengeworfen mit der gewöhnlichen Schwäche, Ermüdung des Nervensystems, Anämie des Gehirns. Der Anfang ist gewöhnlich der, dass beim Kranken Erbrechen auftritt, bisweilen äusserst hartnäckiges; dann entwickelt sich beträchtliche Schwäche. Wenn der Kranke bis dahin ging, so fängt er an zu schwanken, der Gang wird unsicher, endlich kann er nicht mehr aufstehen, muss liegen bleiben. Jetzt werden die Lähmungserscheinungen der unteren Extremitäten bemerkbar, wobei besonders häufig die Streckung im Kniegelenk und die Bewegungen des Fusses und der Fusszehen gestört werden. Sehr häufig schliessen sich an die Lähmungserscheinungen in den Beinen auch solche in den oberen Extre-

mitäten, und zwar leiden zuerst die Bewegungen der Hand und der Finger. Häufig treten gleichzeitig Schmerzen in den Armen und Beinen auf, die Muskeln magern beträchtlich ab, die elektrische Contractilität schwindet, es bilden sich Contracturen aus, bisweilen treten Oedeme auf; die Patellarreflexe verschwinden gewöhnlich frühzeitig. In schweren Fällen kann es zu completer Lähmung der Extremitäten kommen, auch die Rumpfmusculatur, die Harnblase, das Zwerchfell können gelähmt werden, und schliesslich kann durch Störung der Functionen des Vagus Lähmung des Herzens eintreten.

Parallel mit diesen Symptomen, in welchen die multiple degenerative Neuritis zum Ausdruck kommt, geht auch die Entwickelung der Erscheinungen psychischer Störung einher. Anfangs sind sie wenig in die Augen fallend, und werden für Aeusserungen einfacher Reizbarkeit oder herabgesetzter Thätigkeit des Nervensystems gehalten und auf die allgemeine Schwäche zurückgeführt. In der ersten Zeit erscheinen die Kranken in der That blos sehr capriciös und anspruchsvoll oder umgekehrt sehr apathisch, schlaff, so wie ja überhaupt sehr entkräftete Menschen zu sein pflegen; weiterhin treten gewöhnlich irgend welche Symptome auf, die es zur Gewissheit machen, dass es sich nicht um eine gewöhnliche nervöse Schwäche handelt. Diese Symptome erscheinen entweder in der Form unerträglicher Reizbarkeit, äusserster Unruhe, oder in Gestalt von Tobsuchtsanfällen mit Bewusstseinstrübung, oder aber in Form von bedeutendem Verfall der psychischen Sphäre und tiefer Gedächtnissstörung. Hier kann man bei aufmerksamer Betrachtung der Symptome von Seiten der psychischen Sphäre eine Menge interessanter Einzelheiten beobachten, die für die Diagnose der Krankheit sehr bezeichnend sind. Genau genommen kommen die psychischen Symptome nicht in allen Fällen der von mir beschriebenen Krankheitsform in gleicher Weise zur Erscheinung: in einigen Fällen mehr, in anderen weniger, bald überwiegt diese, bald jene Nuance. Resumiren wir die, vielen beobachteten Fällen dieser Krankheit gemeinsamen Züge, so kommen wir zur Erkenntniss, dass in einigen Fällen die Erscheinungen einer enorm erhöhten Reizbarkeit und Erregtheit bei relativ gut erhaltenem Bewusstsein überwiegen, in anderen Fällen hingegen eine Verworrenheit des Bewusstseins, sei es mit Apathie, sei es mit Aufregung

verbunden; in noch anderen Fällen endlich tritt eine charakteristische Gedächtnissstörung in den Vordergrund, eine besondere Art von Amnesie.

Besteht die psychische Störung in erhöhter Empfänglichkeit oder Reizbarkeit, so kommt sie hauptsächlich in ausserordentlicher Erregtheit, Unruhe, unbestimmter Furcht zum Ausdruck. Der Kranke vermag die sich ihm aufdrängenden beunruhigenden Gedanken nicht los zu werden, erwartet etwas Fürchterliches — den Tod, irgend einen Anfall, oder er weiss selbst nicht was; fürchtet sich allein zu bleiben, ruft beständig zu sich, seufzt, beklagt sein Schicksal. Von Zeit zu Zeit kommt wildes Geschrei vor, Anfälle, ähnlich den hysterischen, in denen Patient sehr launisch ist, auf die Umgebung schimpft, nach den Personen in seiner Nähe wirft, sich an die Brust schlägt, und dergl. mehr. Besonders hochgradig pflegt die Unruhe Nachts zu sein: die Kranken schlafen gewöhnlich fast gar nicht und lassen auch Andere nicht schlafen, rufen beständig zu sich, verlangen, man solle bei ihnen sitzen, sie umwenden, sich mit ihnen beschäftigen etc.

Dabei bleibt das Bewusstsein nicht selten ziemlich lange Zeit ungetrübt, allein in vielen Fällen tritt schon nach den ersten Tagen der Aufregung eine gehörige Verwirrung des Bewusstseins zu Tage. Der Kranke beginnt die Worte zu vermengen, kann nicht zusammenhängend reden, verwechselt die Facta. Mit jedem Tage nimmt die Verworrenheit zu, der Kranke beginnt allerlei Ungeheuerlichkeiten von sich zu erzählen, berichtet von nie dagewesenen Reisen, verwechselt alte Reminiscenzen mit kürzlichen Begebenheiten, weiss nicht, wo er sich befindet, wer ihn umgiebt; mitunter kommt es dabei zu Illusionen des Gesichts und Gehörs, welche den Kranken noch mehr verwirren. Dabei ist derselbe zuweilen völlig ruhig, zuweilen unruhig. Die Unruhe tritt vorzugsweise gegen Abend auf: der Kranke beginnt dann sich zu beunruhigen, wird anspruchsvoll, will irgend wohin fortfahren, ärgert sich, dass man ihm nicht giebt, was er verlangt; bisweilen erreicht die Unruhe einen äusserst hohen Grad. Es treten Anfälle von Raserei, von wilder Tobsucht auf. Uebrigens kommen dieselben gewöhnlich im Beginn der Krankheit vor, späterhin besteht zwar die Aufregung fort, doch kommt sie nicht so anfallsweise, sondern beschränkt sich darauf, dass der Kranke ganze Nächte hindurch Lieder singt oder vor sich

hinredet oder leise murmelt. Mitunter erreicht die Bewusstseinstrübung bei der von mir beschriebenen Krankheitsform einen sehr hohen Grad, und kann fast bis zu vollständigem Verlust der Besinnung gehen.

Fast stets kommt zugleich mit der Bewusstseinstrübung auch eine tiefe Gedächtnissstörung zur Beobachtung, doch tritt bisweilen auch die Gedächtnissstörung in reiner Form auf. In diesen Fällen erscheint die Störung des Gedächtnisses in Gestalt einer sehr eigenartigen Amnesie, bei welcher hauptsächlich die Erinnerung an das kürzlich Dagewesene, das soeben erst Geschehene schwindet, während die entlegeneren Begebenheiten ganz gut in Erinnerung bleiben. Meistentheils entwickelt sich eine derartige Amnesie nach vorhergegangener Aufregung mit Verwirrung des Bewusstseins; diese Aufregung dauert einige Tage, dann beruhigt sich der Kranke, sein Bewusstsein hellt sich auf, er beginnt gleichsam seine geistigen Fähigkeiten wiederzugewinnen, aber sein Gedächtniss bleibt tief gestört. Das äussert sich vor Allem darin, dass der Kranke beständig ein und dieselben Fragen stellt und ein und dieselben Dinge erzählt. Anfangs ist im Gespräch das Vorhandensein einer Geistesstörung beim Kranken schwer zu bemerken: er macht den Eindruck eines Menschen, welcher seiner Geisteskräfte vollständig Herr ist — er spricht mit voller Ueberlegung, zieht aus den gegebenen Prämissen richtige Schlüsse, spielt Schach, Karten, kurz — er benimmt sich wie ein geistig gesunder Mensch, nur nach längerer Unterhaltung kann man bemerken, dass der Kranke von Zeit zu Zeit die Begebenheiten ausserordentlich durcheinandermengt, nichts von dem, was um ihn her vorgeht, im Gedächtniss behält: er erinnert sich nicht, ob er gespeist hat, ob er aus dem Bett aufgestanden ist. Manchmal vergisst der Kranke sofort wieder, was mit ihm geschehen ist: Man ist zu ihm eingetreten, hat mit ihm geredet, hat sich auf eine Minute entfernt, und wenn man dann wieder zu ihm hereinkommt, so hat er keine Ahnung davon, dass man schon bei ihm gewesen ist. Derartige Kranke können mitunter stundenlang ein- und dieselbe Seite lesen, weil sie das Gelesene absolut nicht im Gedächtniss behalten. Sie können 20 mal der Reihe nach ein- und dieselben Dinge reden, ohne sich auch nur im Mindesten der beständigen Wiederholung ihrer stereotypen Reden bewusst zu sein. Der Personen, mit denen

der Kranke ausschliesslich zur Zeit der Krankheit in Berührung kam, z. B. des behandelnden Arztes, der Wärterin, kann er sich oft nicht erinnern, wiewohl er sie beständig sieht; und jedesmal, wenn er sie erblickt, versichert er, sie zum ersten Male zu sehen.

Bemerkenswerth ist jedoch hierbei die Thatsache, dass die Kranken, die alles vor Kurzem oder soeben Stattgefundene vergessen, sich der früheren Begebenheiten, welche vor ihrer Erkrankung vorgefallen waren, gewöhnlich ganz gut entsinnen. Aus der Erinnerung entschwindet meistentheils dasjenige, was seit der Erkrankung und ganz kurz vorher stattgefunden hat. So ist es jedoch nur in den mehr typischen Fällen; in anderen geht auch die Erinnerung an die früheren Begebenheiten verloren.

Es ist zu betonen, dass überhaupt die Erscheinungen, in denen die Amnesie zum Ausdruck kommt, einigermaassen verschieden ausfallen, je nach dem Grade der Erkrankung, nach der Intensität der Störung. So geht z. B. in den geringeren Graden die Erinnerung an die jüngste Vergangenheit nicht völlig verloren, sondern die Begebenheiten bleiben nur undeutlich, verschwommen im Gedächtniss; manchmal entsinnt sich der Kranke wohl der Begebenheit selbst, nicht aber der Zeit, wo sie stattfand; in anderen Fällen betrifft die Vergesslichkeit hauptsächlich die eigenen Denkprocesse, in Folge dessen die Kranken nicht wissen, was sie gesagt haben, fortwährend ein- und dieselben Fragen stellen u. s. w. Bisweilen sind alle Begebenheiten in der Erinnerung vorhanden, doch bedarf der Kranke besonderer Bedingungen, um sie sich in's Bewusstsein zu bringen, um sich auf das Vergessene zu besinnen. Umgekehrt ist in sehr schweren Fällen die Amnesie viel tiefer, es geht die Erinnerung nicht nur für das kürzlich Geschehene, sondern auch für das Frühere verloren; besonders häufig ist es so, dass die Gegenwart dem Kranken momentan aus dem Gedächtniss entschwindet, dagegen Jahrzehnte zurückliegende Begebenheiten mehr in den Vordergrund treten, und der Kranke die alten Reminiscenzen mit den neuen Eindrücken der Gegenwart vermengt; er dünkt sich daher in den Verhältnissen, in denen er sich vor 30 Jahren befand, die Personen seiner Umgebung hält er für diejenigen, welche er in jener Zeit gekannt hat, und die vielleicht schon längst gestorben sind. Bei noch intensiveren Formen geht das Gedächtniss für die Vorgänge vollständig verloren, ja selbst

das Wortgedächtniss schwindet: der Kranke vergisst seinen eigenen Namen, bringt statt der Worte unzusammenhängende Laute hervor. Mit den schweren Formen von Amnesie geht gewöhnlich auch eine erhebliche Bewusstseinstrübung einher, ja in den schwersten Fällen ein völlig unbesinnlicher Zustand.

Die Amnesie hat bei der von mir beschriebenen Krankheitsform keinen stationären Charakter, sie kann stärker und geringer werden. Die Schwankungen ihrer Intensität hängen mitunter von zeitweiligen Bedingungen ab — durch Anstrengung der Aufmerksamkeit und guten Willen von Seiten des Kranken u. a. m. wird das Gedächtniss oft besser; durch Ermüdung hingegen verschlimmert es sich. Am allerhäufigsten aber hängt natürlich die Intensität der Amnesie von dem allgemeinen Krankheitsverlauf, von der Tiefe der gesammten Störung ab. Dabei nimmt mit der Besserung der Grundkrankheit auch die Amnesie ab, und kann sogar ganz schwinden; verschlimmert sich aber die Krankheit, so wird auch die Amnesie immer tiefer und tiefer, und zu den Symptomen der Amnesie kommt noch eine bedeutende Verworrenheit. Hinsichtlich der Letzteren ist übrigens zu bemerken, dass sie in geringem Grade sehr häufig bei derartiger Amnesie vorkommt, doch bezieht sich die Verworrenheit nicht auf die Eindrücke, welche der Kranke im Augenblick empfängt, sondern betrifft nur die früheren Ereignisse. Auf die Frage, wie er seine Zeit verbringt, antwortet der Kranke sehr oft garnicht das, was thatsächlich der Fall war; so erzählt er, dass er gestern durch die Stadt fuhr, während er doch schon seit 2 Monaten das Bett nicht verlassen hat; erzählt von imaginären Besuchen, Unterhaltungen u. dgl.; bisweilen denken sich solche Kranke irgend eine Geschichte aus und wiederholen dieselbe beständig, so dass eine eigene Art von Delirium sich entwickelt, welches in Pseudoreminiscenzen wurzelt.

Dieses sind die am meisten charakteristischen Züge geistiger Störung, welche bei den Kranken beobachtet werden, die an der von mir beschriebenen Krankheitsform leiden. Neben diesen psychischen Symptomen gehen, wie erwähnt, gewöhnlich Erscheinungen multipler degenerativer Neuritis einher, in Gestalt von Lähmung der unteren, bisweilen auch der oberen Extremitäten. Doch ist es zu betonen, dass die Symptome nicht immer deutlich ausgeprägt sind; in manchen Fällen sind sie nur angedeutet durch

unbedeutende Schmerzen in den Beinen, schwankenden Gang. Auch die Patellarreflexe schwinden nicht immer, sondern sind manchmal erhöht, oder bleiben normal. Uebrigens wird man bei eingehender Untersuchung immer irgend welche Anzeichen von Neuritis finden können, was dann auch die Diagnose der psychischen Störung erleichtert.

Ausser den Erscheinungen der Neuritis bestehen bei dieser Krankheit gewöhnlich auch Störungen des Gesammtorganismus. So ist meist starke Abmagerung dabei vorhanden, sehr häufig hartnäckiges Erbrechen, verminderte Harnabsonderung, wobei der Harn rotbraun ist, wie sehr starker Thee. Nicht selten kommen Erscheinungen von Myositis vor. Bisweilen ist die Herzthätigkeit gestört, der Puls ist unregelmässig. Mitunter entwickelt sich Hydrops; bei Frauen sistiren die Menses; auch kommt geringe Temperaturerhöhung vor u. a. m.

Seitens des Nervensystems treten ausser der Neuritis und Symptomen von Störungen im Gebiet der Grosshirnhemisphären nicht selten auch andere Erscheinungen von Seiten des Gehirns und Rückenmarks (Sprachstörungen, Schlingbeschwerden) auf. Mitunter kommen Ophthalmoplegia externa, Nystagmus und ähnliche Erscheinungen vor.

Der Verlauf und Ausgang der Krankheit hängen von der Intensität derselben und von den Bedingungen ab, unter denen sie sich entwickelte. Wie bereits erwähnt, kommt die Störung sehr oft im Verlaufe anderer Krankheiten — acuter und chronischer — zum Ausbruch; auch ist sie bei chronischem Alcoholismus, wie überhaupt bei verschiedenen Intoxicationen garnicht selten. Je nach den Bedingungen, unter denen die Störung zum Ausbruch kommt, ist auch besonders der Beginn verschieden. So kann z. B. nicht selten bei Alcoholismus die Krankheit mit Symptomen einsetzen, die dem Delirium tremens ganz ähnlich sind, hernach gesellen sich Lähmungen und die charakteristische Gedächtnisstörung hinzu. Ein ähnlicher Beginn kommt nicht selten im Verlauf von puerperalen Erkrankungen vor: plötzlich bricht ein Anfall von Panphobie mit heftiger Aufregung aus, gefolgt von Verworrenheit des Bewusstseins, Trübung des Gedächtnisses und anderen Symptomen. In anderen Fällen, bei sehr heruntergekommenen Patienten, schleicht sich die Krankheit unmerklich ein, ohne scharf ausgeprägten An-

fall: es kommt eine allmälig zunehmende Vergesslichkeit zum Vorschein, dann gesellt sich noch Verwirrung des Bewusstseins hinzu, welche die höchsten Grade erreicht.

Der Ausgang des Krankheitsprocesses hängt, wie erwähnt, gleichfalls von seiner Intensität und seinen Entstehungsbedingungen ab. Ist die Ursache der Störung zu beseitigen, so ist der Ausgang auch nicht selten ein günstiger — es kann Heilung eintreten, freilich meist erst nach sehr langer Zeit, nach mehreren Monaten, noch häufiger aber erst nach einigen Jahren. Ist dagegen die Krankheitsursache nicht entfernbar, hat sich beispielsweise die Störung auf dem Boden einer tuberculösen oder carcinomatösen Kachexie entwickelt, so ist der Ausgang meistentheils ein trauriger. Ebenso kann die Erkrankung auch zu letalem Ende führen, wenn sie mit grosser Intensität in einem Organismus auftritt, der über nur geringe Kräfte verfügt.

Somit stehen Beginn, Verlauf und Ausgang der Erkrankung in unmittelbarster Beziehung zu der Aetiologie derselben. Die Aetiologie dieser Krankheitsform aber ist die gleiche, wie die der multiplen Neuritis. Alle die Ursachen, welche multiple Neuritis hervorrufen können, führen zuweilen auch zu derjenigen Form psychischer Störung, welche ich beschreibe. Da die multiple Neuritis besonders häufig bei Potatoren vorkommt, so tritt auch die hier beschriebene Form sehr oft bei alkoholischer Neuritis und alkoholischer Lähmung auf. Bei dieser Krankheit ist auf die uns beschäftigende psychische Störung schon vor längerer Zeit von verschiedenen Gelehrten (zuerst von ***Magnus Huss***) aufmerksam gemacht worden. Doch Niemand von Allen wollte in der psychischen Störung etwas mit der Neuritis eng zusammenhängendes sehen, sondern alle hielten die Psychose blos für eine Complication der Krankheit unter dem Einflusse des Alcoholismus. Allein ich zeigte bereits in meiner ersten, diesem Gegenstande gewidmeten Arbeit, dass eine völlig analoge geistige Störung auch bei solchen Formen multipler Neuritis vorkommt, wo der Alkohol in ätiologischer Hinsicht absolut keine Rolle spielt.

Bisher habe ich 14 Fälle von multipler Neuritis nicht alkoholischen Ursprungs mit scharf ausgeprägter psychischer Störung veröffentlicht. Diese Beobachtungen bestimmten mich denn auch, die hier beschriebene psychische Störung als mit der multiplen Neuritis

überhaupt zusammengehörig zu betrachten und ihre Entstehung auf den Einfluss derselben pathogenetischen Bedingungen zurückzuführen, welche auch die multiple Neuritis hervorrufen. Diese Bedingungen scheinen nicht immer in gleichem Maasse sowohl die psychische Störung, als die Neuritis zu erzeugen, in manchen Fällen erscheinen die neuritischen Symptome mehr ausgeprägt, weil das pathogenetische Agens mehr auf das periphere Nervensystem eingewirkt hat; in anderen Fällen treten die psychischen Symptome mehr in den Vordergrund in Folge vorzugsweiser Beeinflussung des Gehirnes; in noch anderen Fällen sind die cerebralen und peripheren Störungen fast in gleichem Maasse ausgeprägt. Aller Wahrscheinlichkeit nach kommt es bei denselben Bedingungen vor, dass verschiedene Theile des Gehirns und der Medulla oblongata afficirt werden [1]).

Wenn wir uns die Aetiologie der 14 von mir veröffentlichten Fälle vergegenwärtigen, so sehen wir, dass ihre Ursachen äusserst mannigfaltige sind: wir finden da einmal die Anwesenheit einer faulenden Frucht im Uterus, dann puerperale Septicämie, Kothanhäufung, Typhus, Tuberculose, Diabetes mellitus, Icterus, Lymphadenom, einen zerfallenden Tumor. Fügen wir noch hinzu, dass diese Krankheitsform auch bei Alcoholismus, bei Vergiftungen mit Arsenik, Blei, Schwefelkohlenstoff, Kohlenoxyd, Mutterkorn u. a. m. vorkommt, so sehen wir, dass die Ursachen der geschilderten Krankheit äusserst verschiedenartig sind. Doch ist bei ihnen leicht etwas Gemeinsames zu constatiren: bei allen hier aufgezählten Momenten ist die Blutmischung alterirt, im Blute sind giftige Substanzen aufgehäuft, und diese sind es höchst wahrscheinlich, welche das Nervensystem vergiften, wobei in einzelnen Fällen vorzugsweise das periphere, in anderen das centrale Nervensystem, oft aber beide in gleicher Stärke afficirt sind.

Was das für giftige Substanzen sind, ist schwer zu sagen, doch dürfte es sich in vielen Fällen höchst wahrscheinlich um gewisse Ptomaïne oder Leukomaïne handeln, welche von aussen in den Organismus gelangt sind oder sich in ihm selbst unter gün-

[1]) Die Bedingungen, bei denen sich multiple Neuritis entwickelt, habe ich ausführlich erörtert in meiner Arbeit: Ueber die Pathogenese der atrophischen Spinalparalyse und der multiplen Neuritis. Arch. für Psychiatrie. Charkow 1887. Bd. IX.

stigen Bedingungen (Typhus, Tuberculose, Kothstauung, faulender Fötus u. a. m.) entwickelt haben.

Alles dieses rechtfertigt den Namen „toxämische Cerebropathie“ (Cerebropathia psychica toxaemica), welchen ich der von mir beschriebenen psychischen Krankheit beilege. Man könnte sie auch „polyneuritische Psychose“ nennen (Psychosis polyneuritica), doch muss man bedenken, dass auch Fälle einer derartigen psychischen Störung vorkommen können, bei denen die Symptome multipler degenerativer Neuritis äusserst schwach ausgeprägt sein können und daher übersehen werden.

Die pathologische Anatomie dieser Krankheit ist noch nicht hinreichend aufgeklärt, doch kann das Vorhandensein multipler degenerativer Neuritis als erwiesen gelten. In diesem Jahre starb in der Moskauer psychiatrischen Klinik eine Patientin, welche an der in Rede stehenden Krankheit gelitten hatte. Bei ihr erwies sich eine degenerative Neuritis fast in allen Nerven, und in einigen Nervenbündeln trug die Neuritis ganz den Charakter der „Neurite segmentaire périaxile“, wie sie *Gombault* beschrieben hat. Die Untersuchung des Hirns und Rückenmarks ist noch nicht zu Ende geführt, daher es mir noch unmöglich ist, den Fall des Genaueren zu beschreiben.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

49. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte am 20. März 1889 zu Breslau im Auditorium der Psychiatrischen Klinik.

Anwesend die Herren: *Auerbach*-Breslau, *Bielschowski*-Breslau a. G., *Eicke*-Pöpelwitz, *Förster*-Breslau a. G., *Kiefer*-Breslau a. G., *Kloss*-Bunzlau, *Leppmann*-Breslau, *Lissauer*-Breslau, *Malachowski*-Breslau, *Neisser*-Leubus, *S. Meyer*-Breslau a. G., *Petersen*-Brieg, *Schwahn*-Breslau, *Skutsch*-Breslau a. G., *Wernicke*-Breslau.

Der Vorsitzende, Dr. *Wernicke*, theilt mit, dass *Zander*-Rybnik und *Klinke*-Leubus ihr Bedauern ausgesprochen haben, ebenso Landesrath *Gurich*, der Decernent in den Irrenangelegenheiten der Provinz, welchem eine Einladung durch den Vorstand zugegangen ist. Aufgenommen werden die Herren *Bielschowski*, *Mamroth*, *Kiefer* und *S. Meyer*, sämmtlich in Breslau.

Dr. *Lissauer* hält an Stelle des erkrankten Dr. *Mamroth* einen Vortrag: Ueber einige Grenzfälle zwischen Paralyse und Katatonie, mit Krankenvorstellung.

Dr. *Neisser*, Zur Anwendung des § 51 des R.-Str.-G.

Dr. *Wernicke*, Plan und Organisation der Klinik. Der Vortrag wird in extenso im 2. Bd. des klinischen Jahrbuches veröffentlicht werden.

Daran schloss sich ein Rundgang durch sämmtliche Räume der neuen, zugleich als Klinik dienenden, Anstalt

50. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte, Sonnabend d. 29. Juni 1889, 11 Uhr Vorm. im Festsaal der *Kahlbaum*'schen Anstalt zu Görlitz.

Anwesend die Herren: *Alter*-Leubus, Gymnasial-Director *Eitner*-Görlitz a. G., *Freise*-Görlitz a. G., *Hahn*-Breslau a. G., *Hebold*-Sorau, *Henner*-Görlitz a. G., *Kahlbaum*-Görlitz, *Kleefeld*-Görlitz a. G., *Levinstein*-Görlitz a. G., *Lissauer*-Breslau, *Marcus*-Görlitz, *Meyhöfer*-Görlitz a. G., *Neisser*-Leubus, *Sandberg*-Leubus, *Tomaszewski*-Görlitz a. G., *Vetter*-Dresden a. G., *Wernicke*-Breslau, *Wertheim*-Görlitz.

Vorsitzender *Wernicke*.

I. Dr. *Marcus*, Ueber einige Besonderheiten in Erscheinungen und Verlauf der Melancholie bei Neurasthenischen.

Dass Erscheinungsweise und Verlauf der typischen Seelenstörungen überall da, wo sie sich auf dem Boden einer der grossen constitutionellen Neurosen entwickeln, bestimmt charakterisirte Veränderungen erfahren, ist für Epilepsie sowohl als auch Hysterie und Hypochondrie eine längst bekannte und eingehend gewürdigte Thatsache. Dagegen wird jener universellen Neurose, die man nach *Beard*'schem Vorgang heute allgemein als Neurasthenie bezeichnet, zuerst in der jüngsten Auflage des *Krafft-Ebing*'schen Lehrbuchs in umfassender Weise eine Stelle unter den Factoren angewiesen, die einen in bestimmter Richtung abwandelnden Einfluss auf psychische Krankheitsbilder haben. Die folgende kleine Arbeit beschäftigt sich mit eben diesem Einfluss auf den Symptomencomplex der selbständigen Krankheitsform der Melancholie, für die ich im Verlauf der Darstellung zum Unterschied von jener Melancholie, die nur ein Durchgangsstadium anderer Psychosen bildet, im Anschluss an *Kahlbaum*'s Gruppirung die Bezeichnung Dysthymie verwenden werde. Die Arbeit stammt bereits aus der Zeit vor dem Erscheinen der *Krafft*'schen Schilderung, und da sie auch gewisse in dieser nicht hervorgehobene Eigenthümlichkeiten behandelt, glaubte ich mich auch jetzt noch berechtigt, sie an dieser Stelle vorzutragen.

Das Symptomenbild der Neurasthenie ist, Dank der ausserordentlichen Verbreitung dieser Neurose, zur Genüge bekannt, eine präcise Definition ihres Wesens dagegen hält schwer, und zur engeren Umgrenzung des Begriffs lässt sich wohl nur so viel sagen, dass es sich um eine Veränderung des functionellen Tonus des gesammten Centralnervensystems handelt, die mit hervorragender Veränderung vasomotorischer Centren in gleichem Sinn einhergeht, und deren allgemeinster klinischer Zug gesteigerte Erregbarkeit mit ebenso gesteigerter Erschöpfbarkeit ist. (Die Function der vasomotorischen Centren erscheint in der Weise gestört, dass die jede cerebrale Thätigkeit begleitende, ihr Zustandekommen ermöglichende und ihren Ein-

fluss auf die functionirende Ganglienzelle bestimmende und ausgleichende Veränderung des Füllungszustandes der Hirngefässe — ich berufe mich auf die Arbeiten *Mosso*'s und Anderer, besonders eine plethysmographische Untersuchungsreihe *Anjel*'s — unregelmässig und leichter als unter normalen Verhältnissen eintritt.

Auf psychischem Gebiet ist der Neurasthenie stets ein gewisser Grad von Depression eigen — der Kranke, der sich schwer leidend fühlt und durch seine Erkrankung zu körperlicher und geistiger Minderleistung verurtheilt ist, bewegt sich naturgemäss in Folge der Störung, die das Gemeingefühl durch die Menge der beständig wechselnden kranken Empfindungen erleidet, in depressiven Stimmungslagen. Nosocentrische Grübeleien, jene direct dem cerebralen Krankheitsgefühl entspringende, so überaus charakteristische Furcht vor drohendem Wahnsinn, machen ihn ängstlich und hoffnungslos, — gereizt gegenüber dem Treiben der gesunden Welt, mit dem das Gefühl seines eigenen Elendes nicht harmonirt und von dem er sich verstimmt zurückzieht. Wollte man, was sehr wohl berechtigt erscheint, von einem neurasthenischen Charakter sprechen, wie man von einem hysterischen, epileptischen etc. spricht, so würde diese gereizte Verstimmung neben dem Mangel an Selbstvertrauen einen seiner Hauptzüge bilden. Im Gegensatz zu dieser gewissermaassen physiologischen Stimmungsanomalie tritt die neurasthenische Dysthymie sofort mit allen Symptomen dieser Psychose überhaupt auf. Auf ihre Eigenart wurde ich aufmerksam durch die Beobachtung einer Reihe von Erkrankungen, die sich vor der einfachen Dysthymie durch bestimmte, bei allen Fällen gleiche, Besonderheiten auszeichneten. Als ätiologisch gemeinsames Moment für die Abweichungen vom Typus stellte sich bei eingehenden anamnestischen Erhebungen heraus, dass es sich in allen Fällen um Neurastheniker im gewöhnlichen Sinne handelte, die jahrelang vor Ausbruch ihrer Psychose neurasthenisch waren und es wieder wurden, nachdem die Psychose geheilt war; bei denen die Seelenstörung im Verhältniss zur langjährigen neurotischen Erkrankung also nur eine kurzdauernde Episode bildete. In der Mehrzahl der Fälle waren die Erkrankten weibliche Individuen, doch war auch das männliche Geschlecht mit einigen Fällen betheiligt. Erblich belastende Momente lagen bei dem grössten Theil vor, jedenfalls zeigten alle eine minderwerthige Veranlagung in auffallender Gemüthsweichheit und Erregbarkeit. Während sich die Neurasthenie durch verhältnissmässig zu bedeutende Anforderungen an das Nervensystem, besonders auf affectivem Gebiet, die, trotzdem ihnen die nervösen Kräfte nicht gewachsen waren, jahrelang getragen werden mussten, — schleichend entwickelte, führte eine chokartige, schroffe Erschütterung des Nervenlebens acut zum Ausbruch der Dysthymie. Psychisch wirksame Ursachen, z. B. der plötzliche Tod des Vaters, der einzigen Stütze im verantwortungsvollen Leben, — Vermögensverluste, — ein unbedachter ärztlicher Ausspruch, der dem intelligenten Kranken die unbegründete, ihm furchtbare Möglichkeit einer späteren Para-

lyse in Aussicht stellte, in anderen Fällen somatische Einflüsse, Graviditat, Puerperium u. ähnl. geben den letzten Anlass. Schon bei ihrem ersten Ausbruch zeigte nun die Psychose neben den bekannten Erscheinungen der Dysthymie als charakteristisches und nahezu constantes Sondersymptom eine bestimmte Form von Zwangsvorstellungen. Nachdem ein schwerer Angstanfall, oft nächtlich auftretend und von da ab sich häufig wiederholend, die Scene eröffnet und in dem gequälten Kranken den erklärenden Wahn der Gewissensbelastung und Verschuldung erweckt hat, der nunmehr sein ganzes Denken beherrscht, versucht er wohl mit aller Kraft seiner ungetrübten Ueberlegung Trost im Glauben oder eine Stütze in Gefühlskreisen, die ihm sonst lieb und tröstlich waren, zu finden. Aber gerade in diesem Bemühen nach Selbstaufrichtung erwächst ihm neue furchtbare Angst — denn in seine Gedanken an das Heiligste und Ehrwürdigste mischen sich in directem Gegensatz zu den gesuchten Associationen Zwangsgedanken, meist nur in Form eines einzelnen obscönen oder niedrig beschimpfenden Zwangswortes oder Einzelsatzes. Der Name Gottes verbindet sich zum Entsetzen des Kranken mit blasphemischen Schimpfworten, im Gebet drängt sich statt des Beiwortes „geheiligt" das lästernde „verflucht" in den Vorstellungskreis — die Freude, die er über dies oder jenes Ereigniss empfindet, wird durch die Zwangsvorstellung eines schlechten Wunsches für den, der sie bereitet hat — die Trauer durch schadenfrohe Gedanken über den Betroffenen gestört. So klagte eine meiner Kranken, dass sie beim Anblick ihr lieber Personen sofort wünschen müsse, obwohl sie sich gegen diese Gedanken mit aller Gewalt sträube, dass diese sich einen körperlichen Schaden zufügen, hinfallen, sich die Glieder brechen möchten u. ähnl. Ein Anderer, dass sich ihm bei Krankheit und Tod ihm Nahestehender, während er von tiefster Trauer erfüllt sei, stets derselbe Satz aufdränge: „Das geschieht ihm recht." — Das Auftreten in contrastirenden Vorstellungen zeigte sich besonders deutlich in folgendem Fall: Um sich von seinem Versündigungsgefühl zu lösen, versuchte der Kranke zu beten, sofort aber drängten sich Blasphemien in's Bewusstsein, mit um so inbrünstigerem Gefühl trieb es ihn zu neuem Gebet, aber um so überwältigender wuchsen auch die Zwangsvorstellungen an, und stundenlang quälte er sich in entsetzlichem aber fruchtlosem Kampf zwischen gewollter und aufgezwungener Vorstellungsreihe.

Aus diesem geradezu dämonischen Widerstreit, denken zu müssen, was dem Gefühl absolut entgegengesetzt ist, folgt für den in dysthymischer Urtheilstäuschung befangenen Kranken ein neuer Beweis seiner Verworfenheit, und dem Versuch eines philosophisch aufklärenden Trostes setzen alle den gleichen Widerspruch entgegen: „es ist mein schlechter Charakter und nicht Krankheit, aus dem alles dies entspringt." Einer besonderen Betonung bedarf die mit aller Schärfe aufrecht zu erhaltende Behauptung, dass nicht der durch die Zwangsvorstellung hervorgerufene Affect die Ursache der Dysthymie ist, wie der Kranke gern in falscher chronologischer

Beurtheilung seines Zustandes angiebt und von fachmännischer Seite gleichfalls behauptet worden ist. Bei eingehenden Nachforschungen stellte sich wenigstens in meinen hierhergehörigen Fällen heraus, dass der Zwiespalt im Seelenleben und die dysthymische Begründung bereits vorhanden war, als die Zwangsvorstellung, neuen Sturm im Gemüth entfesselnd, hinzutrat. Das Vorkommen von Zwangsvorstellungen ähnlicher oder das Gewissen noch mehr gravirender Art — ich verweise hier auf die bekannte Vorstellung, durch Giftübertragung und Berührung Schädigung oder gar den Tod Anderer verursacht zu haben — beweist ferner, dass ein Causalitätsverhältniss in dieser Weise jedenfalls nicht besteht.

Es ist hier nicht der Ort, des Näheren auf die Besprechung der wichtigen Frage des Verhältnisses von Affect und Vorstellung bei dieser eigenartigen, inhaltlich weit besser als in ihrer Wesenheit und Bedeutung gekannten Störung einzugehen, hier kam es vorwiegend nur darauf an, hervorzuheben, dass der neurasthenischen Dysthymie von vornherein das intellectuelle Stigma der Neurasthenie überhaupt, die Zwangsvorstellung, anhaftet und sie vor anderen Formen auszeichnet. Andeutend nur möchte ich die Thatsache streifen, dass die Eigenthümlichkeit der hierher gehörigen Zwangsphänomene, in Einzelworten und Contrastvorstellungen aufzutreten, zusammen mit der weiteren Erfahrung, dass von Kranken selbst gelegentlich als innere Gehörsempfindungen geschildert wird, was bei näherer Analyse sich nur als Zwangsvorstellung herausstellt, dass endlich Genesende noch oft ein formloses Empfinden ähnlich der früheren Vorstellung ohne den Wortklang dieser angeben, den Gedanken an eine vorwiegend sensorische, im besonderen akustische Natur des Phänomens in diesen Fällen nahelegt als eine der vielgestaltigen Ausdrucksweisen der allgemeinen sensorischen Uebererregbarkeit. Diese letztere Erscheinung documentirt sich in der fraglichen Form der Dysthymie auch sonst gelegentlich in subjectiven Sinneswahrnehmungen, die einige Verschiedenheit von den Hallucinationen im engeren Sinne zeigen. So hörte ich von einer Kranken, die in den ersten Tagen ihrer Erkrankung einige Zeit Schlittschuhläufern zugesehen hatte, dass sie am selben Abend, sobald sie zu lesen versuchte, die Gestalten der Schlittschuhläufer in Verkleinerung bis auf Fingerlänge, aber völlig scharf gezeichnet, über das Papier gleiten sah — eine Annäherung an functionelle Hallucination, die jedoch mehr den Charakter eines perceptorischen Nachbildes trägt; ein anderer Kranker klagte, dass in schlaflosen Nächten ihn jedes Geräusch peinige, weil es sich sofort zu einer Reihe von articulirten Gehörswahrnehmungen mit daran anschliessenden, umfangreichen Vorstellungskreisen ausgestaltete, die er selbst als Hallucinationen bezeichnete.

Die ausgebrochene Dysthymie wandelt im Uebrigen symptomatisch durchaus innerhalb der Grenzen der gewöhnlichen, nur noch ausgezeichnet durch das Hervortreten somatisch neurasthenischer Erscheinungen. — Kopfdruck, Schlaflosigkeit, vasomotorische Störungen in Form stenocardischer

Anfälle, lokaler Angioparesen, Angiospasmen der Extremitäten mit Gefühl der Kälte und Taubheit meist nur einer Körperhälfte, auffallend oft nur der äusseren Finger und Zehen, Zittern der Glieder u. s. f. sind häufige Klagen, sobald die Gebundenheit durch das seelische Leiden den Kranken für kurze Zeit frei giebt. (Die sphygmographische Curve zeigt, wie ich hier anfügen möchte, bei schwachem Herzstoss vielfach leichte Tardität und sehr leicht eintretende Affectschwankungen. Eine hypochondrische Verwerthung der somatischen Erscheinungen im Sinne der Psychose findet nicht statt, nur gelegentlich führen einmal die stenocardischen Anfälle zu der Furcht vor plötzlichem Tode und namenloser Angst, zu sterben, ohne die vermeintlichen Sünden gebüsst zu haben.)

Nachdem das Krankheitsbild in dieser Weise eine Reihe von Wochen bestanden hat, scheint ein Abklingen aller Symptome stattzufinden. Der mehr oder weniger agitirte Kranke wird ruhiger, einsichtiger. Zweifel an der Berechtigung seiner Selbstquälereien geben der Hoffnung auf Besserung Raum, Theilnahme und Interesse findet sich wieder, die Angstzustände treten selten und schwächer auf — kurz der Kranke selbst fängt an, an Reconvalescenz zu glauben. Da stellt sich ohne äussere Veranlassung, ohne jegliche Aenderung der Lebensweise, ohne jede voraufgegangene Gemüthsbewegung ein langsam wieder ansteigendes Aufflackern der Erscheinungen ein, erst nur für Stunden — besonders die Morgenstunden sind ungünstig —, dann continuirlich, und bald steht der Kranke, der eben noch schneller Genesung entgegen zu gehen schien, in vollem Umfang wieder unter der Herrschaft seiner Krankheit. Alles, was an Besserung dagewesen, ist vergessen, Trost- und Rathlosigkeit gegenüber dem Ansturm der kranken Gefühle besteht wie vorher. Auch dieser Anfall klingt nach einiger Zeit wieder ab, es folgt eine zweite Periode scheinbarer Reconvalescenz, aber auch sie geht nicht gleichmässig fort, sondern wird abermals von einem schnell zum Paroxysmus ansteigenden Anfall unterbrochen — dem wieder Scheinreconvalescenz und dieser wieder Anfall folgt. So wiederholt sich derselbe Vorgang noch des Oefteren.

In dieser eigenthümlichen Wellenlinie des Verlaufs finde ich etwas ungemein Charakteristisches, das die neurasthenische Dysthymie sowohl wie alle auf neurasthenischem Boden überhaupt entstandenen Psychosen auszeichnet. Während die einfache Dysthymie, sobald die Akme überschritten ist, in gleichmässig absteigender Linie zur Norm zurückkehrt, die höchstens nur durch einen, auf ganz bestimmt nachweisbare Schädlichkeiten hin erfolgenden Rückfall unterbrochen wird, ist der Verlauf der neurasthenischen dadurch gekennzeichnet, dass freie Zwischenräume mit Krankheitsparoxysmen abwechseln, von denen die letzteren ferner die Eigenthümlichkeit haben, zeitlich und an Intensität jedes Mal schwächer zu werden, während gleichlaufend die Scheinreconvalescenzen sich vertiefen und zeitlich ausdehnen. Bei der Unabhängigkeit dieses Verlaufs von äusseren Veranlassungen liegt der Schluss nahe, dass er nur aus inneren, organischen Schwankungen

entspringt, und wenn es auch bei unseren gegenwärtigen Kenntnissen nicht wohl angängig ist, theoretische Erörterungen über Natur und Ursache dieser Eigenart anzustellen, so dürfte es wohl doch nicht zu weit gefehlt sein, einen Zusammenhang mit den Schwankungen des vasomotorischen Tonus, die der Neurasthenie eigen sind, zu suchen. Auch die rein somatischen Erscheinungen der Neurasthenie pflegen ja einen ähnlich intermittirenden Charakter zu zeigen. In der eben geschilderten Verlaufsweise kehrt das gestörte Seelenleben zur Norm zurück. In allen von mir beobachteten Fällen trat Heilung ein, freilich in einer im Verhältniss zum relativ leichten Symptomencomplex dieser Dysthymie langen Zeit, denn kaum ein Fall ist unter einem Jahr zur Genesung gelangt. Recidive scheinen nicht häufig zu sein.

Wenn die Seelenstörung abgelaufen ist, so zeigt sich wieder das alte einfache Bild der Neurasthenie. Zaghaftigkeit und mangelndes Selbstvertrauen — die Genesenen müssen geradezu wieder in's Leben geschoben werden — unterscheiden aber auch das endgültige Reconvalescenzstadium noch wesentlich von dem durch geringere oder stärkere reactive Gehobenheit der Stimmung gekennzeichneten der einfachen Dysthymie. „Während ich krank war, glaubte ich, dass ich mich später mehr meiner Genesung freuen würde, als es jetzt wirklich der Fall ist.“ — „Trotz der Qualen, die ich ertragen habe, fehlt mir das frohe Gefühl, dass etwas Drückendes von mir genommen ist“ — so schildert eine Genesene recht bezeichnend das Fehlen der reactiven Gemüthsveränderung. Auch körperlich fehlt die sonst gewohnte Reaction, denn Gewichtszunahmen, wie sie bei geheilten Melancholischen sonst gewöhnlich sind, fanden sich hier nicht. — Eins aber pflegt der Neurastheniker an Gewinn aus dem überstandenen Leid mitzunehmen: grössere Standhaftigkeit gegenüber den Erscheinungen seines habituellen Leidens und richtigere Würdigung derselben. Aus dieser Besserung des neurasthenischen Charakters kann der Schein einer Besserung der Neurasthenie überhaupt entstehen.

Wenn ich gewagt habe, Ihre Geduld für die Schilderung dieser zum Theil bekannten, zum Theil vielleicht unwesentlich erscheinenden Dinge in Anspruch zu nehmen, so habe ich vor mir selbst eine Motivirung weniger in dem theoretischen, als im practischen Interesse gefunden, das die Kenntniss dieser Form gewährt. Wenn man bei Kranken, deren Anamnese sie als Neurastheniker erkennen lässt, von vornherein auf die geschilderte Verlaufseigenheit gefasst ist und die Scheinreconvalescenz mit der nöthigen warnenden Vorsicht beurtheilt, so erwächst der Vertrauensstellung des Arztes zu seinem Kranken und damit der gerade hier sehr wesentlichen psychischen Therapie sicherlich grosser Vortheil. Auch die somatische Behandlung gewinnt wichtige Anhaltspunkte, uns wenigstens haben sich in diesen Fällen die Zuhülfenahme von besonderen gegen die Neurasthenie und ihre Symptome gerichteten Maassnahmen sehr wirksam erwiesen. So förderte die Darreichung der sonst bei Melancholischen wenig erfolgreichen

Bromate die Wirkung des bewährten Opiums, das hier nur in kleinen Dosen erforderlich ist, das Gleiche gilt von hydro- und mechanotherapeutischen, sowie elektrischen Proceduren, wenn sie mit der nöthigen Vorsicht verwendet werden.

II. Dr. *Kahlbaum* hält einen durch 2 Krankengeschichten illustrirten Vortrag über eine besondere Form jugendlichen Irreseins und schliesst mit folgenden zusammenfassenden Sätzen:

1. Es giebt eine Gruppe von Krankheitsfällen des jugendlichen Alters, welche sich absolut nicht unter eine der anderen bekannten Krankheitsformen stellen lassen.

2. Diese Gruppe ist gekennzeichnet durch Veränderung des ganzen Menschen, namentlich in dem geistigen Antheil seiner Lebenserscheinungen, so dass man diese Fälle nicht als Partialseelenstörungen und etwa blos als Krankheiten des Handelns bezeichnen darf.

3. Ausser den Symptomen allgemeinen Charakters zeichnen sich diese Fälle durch das Hervortreten moralischer Symptome aus. Aber diese moralischen Symptome decken nicht den ganzen Symptomenbestand und deshalb darf man aus diesen Fällen nicht eine Form des moralischen Irreseins construiren.

4. Wesentlich ist für diese Fälle die Entwickelung in den Kindheits- und Jugendjahren, jedes Vorkommen von Seelenstörungen in höherem Alter mit Vorwalten von moralischen Symptomen ist von diesen Fällen charakteristisch zu unterscheiden.

5. Diese Fälle schliessen sich enger an die als Hebephrenie zu unterscheidenden Krankheitsfälle des jugendlichen Alters an, können mit ihnen in eine grössere Gruppe als hebetische Formen von Seelenstörung vereinigt werden, in welcher als Gattung dann die beiden Arten als Hebephrenie und Heboïdophrenie zu unterscheiden sind.

(Die ausführliche Publication erfolgte in dieser Zeitschrift S. 461.)

III. *Lissauer*, Demonstration einer Methode zur Herstellung grosser Gehirnschnitte.

Der Vortragende demonstrirt einen technischen Kunstgriff, den er anwendet, um grosse, dünne und gleichmässige Gehirnschnitte zu mikroskopischen Zwecken herzustellen. Die Voraussetzung ist, dass das Präparat in (ziemlich weiches!) Paraffin eingebettet ist. Diese Einbettung hat den Nachtheil, dass nach Weglösung des Paraffins die Schnitte sehr zerreisslich werden und, wenn sie gross sind, bei der weiteren Behandlung meistens Schaden leiden. Um dies zu vermeiden, kann man zweifach verfahren, entweder man überzieht die glatte Schnittfläche des Paraffinstückes vor jedem Schnitt mit einer dünnen, schnell trocknenden Decke von Celloidin, welche auch nach Auflösung des Paraffins den Schnitt sehr gut zusammen hält, — oder man klebt, was noch zweckmässiger ist, auf den Paraffin-

block vor jedem Schnitt einen Streifen Seidenpapier glatt auf. Als Klebemittel dient am besten Dextrin in dicklicher Lösung. Der Schnitt bleibt nun gleich ausgebreitet auf dem Papier haften, wird durch Eintauchen in Celloidinlösung noch darin befestigt und dann sammt dem Papier wie ein einfacher Paraffinschnitt weiter behandelt, gefärbt etc., was eine bedeutende technische Erleichterung gewährt. Auch kann man die Schnitte auf diese Weise leicht numeriren und in bestimmter Reihenfolge — in Gestalt eines Päckchens von Papierstreifen — trocken aufbewahren. Schliesslich, wenn das Präparat aufgehellt auf dem Objectträger liegt, lässt sich das Papier bei einiger Vorsicht von dem Schnitte entfernen, da inzwischen durch die angewandten wässrigen Lösungen das Dextrin zwischen Schnitt und Papier weggelöst ist. — Zum Gelingen dieser Methode ist — neben einer gewissen Uebung — besonders auch eine bestimmte Concentration der Dextrinlösung, sowie nur ganz dünnes Auftragen derselben auf das Papier (Abpressen des Ueberschusses auf Fliesspapier) erforderlich. Man schneidet am besten nach Benetzung der Messerklinge mit Spiritus. Es gelingt auf diese Weise auch aus überhärtetem, brüchigem Material 0,02—0,025 mm dicke Schnitte durch ganze Hemisphärenlappen, ja unter Umständen durch eine ganze Hemisphäre herzustellen.

IV. Neu aufgenommen wird Dr. *Hahn*-Breslau. Der Vorsitzende theilt mit, dass Dr. *Leppmann* wegen seiner Uebersiedelung nach Moabit das Amt des Secretairs niedergelegt und den Wunsch geäussert hat, dem Vereine noch weiter anzugehören. Der Verein beschliesst, in einem Schreiben an Collegen *Leppmann* den Dank für seine bisherige Geschäftsführung auszusprechen. Bei der nun folgenden Neuwahl des Vorsitzenden wird *Wernicke* zum Vorsitzenden und *Lissauer* zum Secretair gewählt.

V. Nach einer Erläuterung des Planes der Anstalt durch den Director Dr. *Kahlbaum* erfolgte der Rundgang durch dieselbe unter Betheiligung zahlreicher Mitglieder des Berliner psychiatrischen Vereins, welche inzwischen eingetroffen waren. Das darauf folgende Mittagsmahl in der Actienbrauerei vereinigte beide Vereine in heiterer Geselligkeit, und der Gedanke fand lebhaften Anklang, derartige Vereinigungen öfter herbeizuführen.

W.

Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte am 12. u. 13. Juni 1889 im Auditorio der psychiatr. Klinik zu Jena.

Anwesend die Herren: *Bardeleben*-Jena, *Bartens*-Roda, *Benno*-Carlsfeld, *Bindseil*-Blankenburg i. Th., *Binswanger*-Jena, *Bruns*-Hannover, *Burger*-

Bamberg, *Buttenberg*-Rybnik, *von Conta*-Weimar, *Edel*-Charlottenburg, *Flamm*-Pfullingen, *Freund*-Berlin, *Frommann*-Jena, *Gaertner*-Jena, *Grashey*-München, *Guttstadt*-Berlin, *Haardt*-Altscherbitz, *Hansen*-Schleswig, *Herzog* u. *Hitzig*-Halle, *Jaekel*-Coswig, *Kern*-Möckern, *Kessler*-Blankenhain, *Kirn*-Freiburg, *Kraepelin*-Dorpat, *Kroemer*-Neustadt i. Westpr., *Kurz*-Pfullingen, *Laehr*-Schweizerhof, *Landerer*-Deggendorf, *Leubuscher*-Jena, *Mendel*-Berlin, *Moeli*-Dalldorf, *Müller*-Blankenburg i. H., *Naecke*-Hubertusburg, *Paetz*-Altscherbitz, *Pelman*-Bonn, *Roller*-Brake, *Rossbach*-Jena, *Schaefer*-Jena, *Scholz*-Bremen, *Schroeter*-Eichberg, *Siemerling*-Berlin, *Sioli*-Frankfurt a. M., *Snell*-Hildesheim, *Werner*-Roda, *Wernicke*-Breslau, *Wiederhold*-Wilhelmshöhe, *Wuerzburger*-Bayreuth, *Wulff*-Langenhagen, *Ziehen*-Jena.

Am Vorstandstische: *Grashey, Laehr, Pelman.*

Vorsitzender: *Laehr.*

Schriftführer: *Bruns, Ziehen.*

1. Sitzung am 12. Juni.

1. Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung, begrüsst die Versammlung und gedenkt des schmerzlichen Verlustes von *W. Nasse*, in dessen Klinik zu Bonn die Versammlung im vorigen Jahre getagt hat, dem einzigen Mitgliede des Vereins, den derselbe seit der vorigen Sitzung verlor.

Der Vorsitzende theilt mit, dass in Folge des in der vorigen Sitzung zu Bonn angenommenen *Mendel*'schen Antrages, „der Vorstand wird beauftragt, Schritte in Bezug auf den Entwurf eines bürgerlichen Gesetzbuches für das deutsche Reich zu thun, sobald sich die Nothwendigkeit ergiebt, dass Etwas vor der nächsten Jahresversammlung geschehe", der Vorstand die Arbeiten des Vereins der Commission für das Gesetzbuch eingesendet habe, ein weiterer Schritt aber nicht erforderlich gewesen sei.

Ferner berichtet der Vorsitzende, dass der Vorstand die Relationen und die Discussion der Versammlung in Bonn über die Ministerial-Verordnung in Preussen vom 19. Jan. 1888, die Aufsicht über die Privatirrenanstalten betreffend, dem Kgl. Kultus-Ministerio mitgetheilt habe.

Endlich liest der Vorsitzende eine Aufforderung des Comité's für die Durchführung des X. internationalen Congresses in Berlin für 1890 vor, ein Mitglied zur Vertretung des Vereins bei einer in Heidelberg zusammen zu berufenden Delegirten-Versammlung, bestehend aus Vertretern der deutschen Universitäten und der grösseren deutschen ärztlichen Vereine, zu wählen. Er werde die Wahl am nächsten Tage anberaumen.

Nach der Rechnungslegung durch den stellv. Schatzmeister, Dr. *Pelman*, dem die Versammlung Decharge ertheilt, und nach Vorstellung der Einzelnen tritt die Versammlung in die Vorträge und deren Discussion ein.

Prof. *Rossbach*-Jena: Mittheilungen aus der medicinischen Klinik zu Jena.

I. Ueber das Rindencentrum für die Stimmbildung. Die Kranke, um die es sich handelt, litt ausser an einer Compressionslähmung

des unteren Halsmarkes, als deren Ursache die Section einen Tumor aufdeckte, an einer linksseitigen Facialisparese, einer linksseitigen Atrophie der Zunge und einer linksseitigen seit 10 Jahren bestehenden Stimmbandlähmung. Die Section ergab eine sogenannte Encephalitis subcorticalis des rechten 2. Parietalläppchens, der hinteren Centralwindung unten am Operculum und der hinteren Inselwindung. In der Med. oblongata fand sich nur eine Atrophie des linken Hypoglossuskernes. Die Kerne des Facialis, Vagus und Accessorius, sowie die zugehörigen Nerven, ebenso der Recurrens, sowie die Stimmband-, resp. Kehlkopfmuskeln waren vollständig intact. *R.* glaubt deshalb berechtigt zu sein, wenn er die Stimmband- und Facialislähmung der linken Seite auf den rechten Rindenheerd bezieht, wobei dann für das Stimmband die hintere Insel- oder untere Scheitelwindung übrig bleiben würde. Eine nahe Nachbarschaft zwischen Sprach- nnd Stimmcentrum würde man schon a priori voraussetzen.

II. Neurotische symmetrische Atrophie des Schädeldaches Atrophien des Schädeldaches findet man besonders bei alten Leuten, sodann bei Hirntumoren; auch bei letzteren sind sie manchmal symmetrisch. In dem Falle *R.*'s handelt es sich um eine solche, die in früher Jugend, im 25. Jahre begonnen hat. Nach starker Gemüthsbewegung stellte sich unter heftigsten Schmerzen zunächst eine kaffeebohnengrosse Vertiefung am Scheitel ein. In 24 Jahren (der Patient ist jetzt 49 Jahre alt) hat diese Vertiefung allmälig zugenommen, indem sie sich in ganz symmetrischer Weise nach beiden Seiten ausdehnte. Ebenso entwickelten sich ähnliche Vertiefungen an den Schläfenbeinen. Ein Gypsabdruck der Schädeldecke wird der Gesellschaft demonstrirt. In diesem Falle kann die Atrophie nur neurotischer Natur sein.

III. Schliesslich demonstrirt *R.* Präparate von verschiedenen Theilen des Gross- und Kleinhirns mit der *Golgi*'schen Färbung und erläutert an den ausgezeichneten Präparaten seine und *Sehrwald*'s Ansicht von der Natur dieser Färbung, die bekanntlich dahin geht, dass mit der *Golgi*'schen Methode nicht die Ganglien und ihre Fortsätze, sowie die Gliazellen selbst gefärbt werden, sondern dass die Silbersalze sich in das die betreffenden Zellen und ihre Ausläufer umspannende Lymphgefässnetz ablagern. So kann man den Uebergang dieser Lymphnetze in den perivasculären und den epicerebralen Lymphraum direct verfolgen.

Keine Discussion.

Prof. *Mendel*-Berlin: Klinische Beiträge zur Melancholie[1]).

Discussion:

Dr. *Snell* sen. glaubt die Scheidung der hypochondrischen Form der Melancholie von der sogenannten intellectuellen als nicht berechtigt an-

[1]) Ausführlich diese Ztsch., dieser Band, S. 438 u. ff.

sehen zu müssen, indem bei jeder Form der Melancholie Gefühle körperlicher Störung nachzuweisen sind, besonders krankhafte Sensationen. Die Ausnahmen sind sehr selten.

Prof. *Binswanger*-Jena kann sich den vom Vorredner entwickelten Anschauungen nicht anschliessen, im Gegentheil vertheidigt er eine schärfere Trennung der Hypochondrie von der Melancholie. Wenn auch auf der Höhe der Erkrankung der Symptomencomplex bei beiden Krankheitsvorgängen vielfach gleichartige Bilder darbietet, so ist doch in der Entwickelung und insbesondere in der Pathogenese ein durchgreifender Unterschied bei genauer klinischer Analyse nicht zu verkennen. Vor Allem ist die Verschiedenartigkeit der Affectstörungen im Auftreten beider Krankheitszustände von Ausschlag gebender Bedeutung. Die central bedingten Affectstörungen des Melancholikers zeigen einen, wenn man so sagen darf, tonischen Charakter der Hemmungen und der negativen Veränderungen der Affectvorgänge. Der begleitende Affectton, der aller psychischen Thätigkeit als immanenter Factor anhaftet, ist aus bislang trotz aller anatomischer Erklärungsversuche unermittelten Ursachen in dieser krankhaften Weise primär verändert, während bei der Hypochondrie nicht die einseitige und primäre Verschiebung der Affectvorgänge in's Gebiet der negativen Gefühlsaffecte ursprünglich in Erscheinung tritt, sondern eine eigenartige labile Gemüthslage vorhanden ist, welche als pathologisch gesteigerte Gemüthsreizbarkeit bezeichnet werden muss. Diese Gemüthsreizbarkeit ist die Folge verschiedenartigster Organerkrankungen (pathologisch gesteigerte Organempfindungen) oder aber pathologischer Reizzustände des Centralnervensystems selbst in der Form intermittirender oder, um bei dem obigen Bilde stehen zu bleiben, clonischer Affectschwankungen. In der Mehrzahl der Fälle beruht diese letztere auf einer constitutionellen Minderwerthigkeit und leichteren Erschöpfbarkeit der nervösen Leistungsfähigkeit überhaupt und ist demgemäss die sogenannte Neurasthenie fast untrennbar mit diesen hypochondrischen Zuständen verknüpft. Beiden Krankheitsformen gemeinschaftlich ist der centralbedingte Affectshok der Angst, der aber an und für sich weder für die eine, noch die andere Erkrankungsform pathognostisch ist. Der weitere Ausbau der psycho-pathologischen Unterscheidungsmerkmale, welche sich nicht blos in dem erwähnten Gebiete der Affectstörung, sondern auch in der intellectuellen Bethätigung des Individuums kundgeben, ist wohl eine der fruchtbarsten Aufgaben der klinischen Psychiatrie, und es wäre zu bedauern, wenn durch die vom Vorredner vorgeschlagene theilweise Verschmelzung beider Krankheitsbilder dieses Ziel verrückt würde. Denn es darf auch nie vergessen werden, dass beide Krankheitszustände grundsätzlich verschiedene Beziehungen zu anderen wohl charakterisirten Psychosen besitzen, es soll hier nur darauf hingewiesen werden, wie häufig die hypochondrischen Krankheitszustände die Matrix schwerster intellectueller Psychosen (Erschöpfungsstupor, Delirium acutum, primäre Paranoia) darstellen. Schliesslich ist die verschiedenartige Beeinflussung der psycho-

motorischen Leistungen und auch der subcorticalen motorischen Vorgänge in beiden Krankheitszuständen hervorzuheben. Während bei der Melancholie die motorische Thätigkeit vorzugsweise unter dem Bilde der Hemmung und tonischen Spannung gestört erscheint, die eine reactive Aeusserung der Affectstörung ist, treten bei der Hypochondrie die primäre Erregung und Erschöpfung im Gebiete der Bewegungsempfindungen resp. -vorstellungen bei gleichzeitiger Steigerung oder Hemmung der automatischen und Reflexaction in den Vordergrund.

Prof. *Mendel*-Berlin: Der Zwiespalt der Ansichten, wie er von mir vorausgesagt, zeigt sich sofort in den Auslassungen des Herrn Dr. *Snell* sen. und Prof. *Binswanger*. Herr *Snell* meint, dass alle Melancholiker hypochondrisch sind. Herr *Binswanger* trennt die Hypochondrie von der Melancholie vollständig. Ich möchte nun gleich in Bezug auf das letztere bemerken, dass ich Hypochondrie von der Melancholia hypochondriaca durchaus trenne. Der Hypochonder sagt, um nur ein Beispiel zu erwähnen: der Leib ist voll, der Magen aufgetrieben, ich habe keinen Stuhlgang u. s. w., der hypochondrische Melancholiker sagt dasselbe, fügt aber hinzu, dieser körperliche Schaden sei Folge eines lasterhaften Lebenswandels, Strafe Gottes u. s. w. Herr *Snell* behauptet, jeder Melancholiker hätte hypochondrische Empfindungen, dagegen muss ich auf das Entschiedenste behaupten, dass es Fälle von Melancholie giebt, in denen der Kranke nur über seine Schlechtigkeit, Verworfenheit u. s. w. klagt und keine Spur hypochondrischer Empfindungen besteht. Die Präcordialangst gehört nicht zu diesen Empfindungen. Was die von Herrn *Snell* erwähnten Fälle von Stupor betrifft, in denen gar kein Angstzustand vorhanden ist, überhaupt keine irgendwie nennenswerthe psychische Thätigkeit, so scheide ich diese Fälle überhaupt von der Melancholie, sie gehören zur Dementia acuta.

Prof. *C. Frommann*-Jena: Ueber einige Structurverhältnisse der Nervenfasern und Nervenzellen.

Nachdem eine Reihe von Jahren hindurch die Angaben über die Zusammensetzung des Axencylinders aus präformirten Fibrillen lebhaft bestritten worden sind, wurden dieselben in den letzten Jahren unter Anwendung verbesserter Hülfsmittel zwar bestätigt, indessen ist der ganze Stand der Frage insofern verschoben worden, als nach einzelnen Forschern es überhaupt nicht die Fibrillen des Axencylinders und der Zellen sind, welche die nervösen Erregungen leiten, sondern die zwischen den Fibrillen befindliche structurlose Substanz.

Bei Wirbelthieren treten nach Behandlung mit sehr schwachen Silberlösungen wie nach Färbung mit Anilinfarbstoffen nach vorgängiger Härtung in Osmiumsäure die Axenfibrillen sehr scharf als gefärbte, feine, parallele, geradlinige oder etwas wellige Fäden vor, während im frischen, unveränderten Zustand die meisten Beobachter parallele Fibrillen nicht oder nur andeutungsweise erkennen konnten. Dagegen beschreiben

Heitzmann und *Nansen* einen netzförmigen Bau des Axencylinders, der auch in der frischen Faser sichtbar ist; parallele, längsgerichtete Netztheile werden durch quere und schräge Fäden oder Bälkchen untereinander verbunden, so dass am Längsschnitt gestreckte, am Querschnitt rundliche oder polygonale Maschen vortreten. Nach *Joseph* verlaufen innerhalb des Axennetzes noch von diesem unterschiedene, isolirte, parallele Fibrillen, während in der Peripherie das erstere mit dem Neurokeratingerüst der Markscheide zusammenhängt.

Bei den Wirbellosen entsprechen bekanntlich die ganzen Nervenfasern dem Axencylinder der markhaltigen Fasern der Wirbelthiere und den blassen marklosen Fasern der letzteren. Die meisten Autoren geben übereinstimmend an, dass die Nervenfasern der Wirbellosen im frischen Zustand aus einem Bündel feinster, paralleler, in eine zähflüssige Zwischensubstanz eingebetteter Fibrillen bestehen, dagegen fanden *Dietl*, *Leydig* und *Nansen*, dass auch hier die Fibrillen durch zahlreiche Querbälkchen zu einem fein genetzten Stamme verbunden sind.

Es bestehen demnach zur Zeit über die Beschaffenheit des Axencylinders, resp. der Nervenfasern, 3 Ansichten; nach der einen besitzt er einen parallel fibrillären Bau, nach der zweiten sind die Fibrillen Theile eines sehr zarten Netzgerüsts, und nach der dritten verlaufen bei Wirbelthieren feinste isolirte Fibrillen innerhalb der Maschen des Netzgerüsts.

In dem Körper der multipolaren Ganglienzellen lassen sich Abschnitte mit von den Ausläufern hereinstrahlenden Fibrillen von solchen unterscheiden, welche von Netz- oder Gerüstsubstanz eingenommen werden, deren Fäden nicht nach bestimmten Richtungen hin orientirt sind und nicht selten etwas derbere Knotenpunkte, wie verzweigte und anastomosirende strangförmige Gebilde einschliessen. Die Fibrillen der eintretenden Bündel sind wechselnd fein, die derberen mitunter etwas granulirt, benachbarte parallele nicht selten durch kurze quere Fadenbrücken verbunden. Sie laufen zum Theil divergirend in die Netzsubstanz aus, zum Theil bleiben sie zu kleinen Bündeln vereinigt, die sich bis in die Nähe des Kerns verfolgen lassen. In manchen Ganglienzellen von Wirbelthieren, häufiger in denen von Crustaceen und Mollusken ordnen sich die von den Ausläufern her einstrahlenden Fibrillen zu den Kern umfassenden Zügen, die in seiner Umgebung eine concentrische Streifung des Zellkörpers bewirken. Wie andere benachbarte Fibrillen sind auch die concentrischen häufig durch feine Brückenfäden verbunden, so dass sie nur als die optischen Durchschnitte von schalenförmigen Netzlamellen anzusehen sind. Sehr ausgeprägt fand der Vortragende diese Streifung an manchen Zellen des Ganglion stellatum vom Tintenfisch, wo dieselbe sich mitunter nicht nur bis zur Peripherie der Zelle erstreckte, sondern die einzelnen Streifen auch relativ derb waren und die Form gestreckter Spindeln besassen.

Der Kern besitzt eine Membran, die mit den Fäden des Kern- und Protoplasmanetzes vielfach zusammenhängt und häufig, so namentlich an

den Ganglienzellen der Retina und der Vorderhörner, kleinere und grössere Lücken aufweist, die bald leer sind, bald von einzelnen Netzfäden oder kleinen Strängen genetzter Substanz durchsetzt werden, die eine directe Verbindung zwischen intra- und extranuclearer Netzsubstanz bewirken. Vielen Kernen der Vorderhörner fehlt eine besondere Membran im frischen, unveränderten Zustande ganz, die Kerngrenze wird dann durch Körnchen und Fäden gebildet, die kleinere und grössere Lücken zwischen sich lassen und sich nicht sowohl durch ihre Beschaffenheit und Stärke, als durch ihre Anordnung von den Körnchen und Fäden der umgebenden Zellsubstanz unterscheiden. Das Innere der Kerne wird, wie sehr häufig das der Kerne anderer Gewebe, eingenommen von den Theilen eines derberen und eines feineren Stromas. Das derbere Stroma wird gebildet durch derbere Fäden oder Bälkchen, die bald zickzackförmig, bald in der Richtung von Sehnen oder Radien das Kerninnere durchziehen, mitunter auch concentrisch zum Kernumfang verlaufen und zum Theil unter Bildung knötchen- oder strangförmiger Verdickungen anastomosiren. Zwischen den Theilen des derberen Stromas eingeschlossen finden sich in mehr oder weniger dichter Stellung sehr feine und blasse, häufig zur Bildung überaus engmaschiger Netze verbundene Körnchen und Fäden, und die letzteren inseriren sich vielfach an die Theile des derberen Stromas. Manche Kerne, so namentlich in den spinalen und sympathischen Ganglien, sind dagegen im frischen Zustand vollkommen homogen oder sehr gleichmässig dicht und fein granulirt, andere besitzen ein gleichartiges, feines, netzförmiges Stroma, das von dem des Zellkörpers sich nur durch die geringere Maschenweite unterscheidet, wie in manchen Ganglienzellen der Retina des Ochsen.

Das Kernkörperchen ist homogen oder fein und dicht granulirt und enthält nicht selten einzelne grössere und kleinere Vacuolen. In manchen Zellen (Vorderhörner, Retina) besitzt es eine netzförmige Structur mit sehr engen Maschen und auch die Wandungen mancher grösserer Vacuolen sind nicht solid, sondern bestehen nachweislich aus einem engmaschigen Fadengerüst. Vom Umfang der Kernkörperchen, resp. von den Knotenpunkten ihrer Netzsubstanz treten nicht selten stachel- oder borstenförmige Fortsätze ab, die in die Knotenpunkte des Kernnetzes einmünden. Es hängt dann das letztere wie mit der Kernmembran, so auch mit den Kernkörperchen zusammen und unter Vermittlung der durch die Membranlücken tretenden Netzfäden auch mit dem Protoplasmanetz des Zellkörpers, das seinerseits wieder sich in die Kernmembranen inserirt. In den meisten Kernen ist nur ein Kernkörperchen enthalten; hier und da kommen homogene, den Kernkörperchen nach Grösse, Form und Brechungsvermögen ähnliche Gebilde auch innerhalb des Zellkörpers vor, so fand der Vortragende deren bis 6 in den Zellen des Ganglion stellatum vom Tintenfisch (Eledone).

Von einer Anzahl Beobachter sind Fäden wahrgenommen worden, welche vom Kernkörperchen, und Stränge, welche aus dem Kern entspringen

und entweder schon innerhalb des Zellkörpers sich der Verfolgung entziehen oder die Zelle verlassen.

Verbindungen zwischen Ganglienzellen, zwischen ihnen und der grauen Substanz, Bindesubstanzzellen und Gefässen.

Bereits im Jahre 1867 hatte der Vortragende gefunden, dass nicht blos die anscheinend freiliegenden Körnchen im Innern des Zellkörpers und Kerns an Ganglien- wie an anderen Zellen untereinander zu netzförmigen Structuren verbunden sind, sondern dass von manchen der peripher gelegenen Körnchen feine Fäden abtreten und die Zelle verlassen. Da diese Fäden häufig in ihrem Verlauf oder an ihrem Ende Körnchen tragen, welche ganz das gleiche Aussehen besitzen und sich in gleichen Abständen folgen, wie die innerhalb der Zelle befindlichen und Knotenpunkte der Fäden bezeichnenden, da ferner auch von der Wand der Capillaren der grauen Substanz und von den Ganglien ganz ähnliche Fäden abtreten, vermuthete der Vortragende, dass dieselben sich innerhalb der Gewebsinterstitien der grauen Substanz zu einem zarten Netz vereinigen, durch welches die genannten Gewebselemente untereinander zusammenhängen. Entsprechende Befunde sind in neuester Zeit von *Leydig* gemacht worden, und derselbe giebt ganz bestimmt an, dass ein derartiger Zusammenhang zwischen Nervenzellen, Bindesubstanzzellen und Gefässen wie zwischen den ersteren und dem Schwammnetz der grauen Substanz besteht. Ein genügendes Object zur Feststellung des Vorhandenseins einer directen oder indirecten Verbindung zwischen benachbarten Ganglienzellen durch isolirt von ihrer Peripherie abtretende Fäden fand der Vortragende am Ganglion stellatum. Die meisten Zellen werden hier anscheinend in ihrem ganzen Umfang von der bindegewebigen Kapsel umschlossen, streckenweise fehlt aber bei manchen Zellen dieselbe und die benachbarten Zellen erscheinen dann durch einen schmalen Spaltraum von einander getrennt, der von feinen, quer und schräg von einer Zelle zur anderen herübergeschlagenen Brückenfäden durchsetzt wird, die in peripheren Netzknotenpunkten endigen.

Die Kapsel erscheint im Durchschnitt in Form eines glänzenden Strangs, der beiderseits von der Peripherie der angrenzenden Zellen durch einen schmalen hellen Saum getrennt wird. Dieser Spaltraum ist aber ebenso wenig leer und etwa nur mit lymphatischer Flüssigkeit erfüllt, wie der etwas breitere, beim Fehlen der Kapsel vortretende, sondern wird gleichfalls von feinen und kurzen Fäden durchsetzt, die sich aber hier jederseits in die Kapsel einsenken. Ist die letztere sehr dünn, so sieht man mitunter die von entsprechenden Stellen der Peripherie der Nachbarzellen abgetretenen Fäden sich in derselben unter Bildung eines kleinen körnigen Knotenpunktes vereinigen, ist sie derber, so treten in ihr eingeschlossene protoplasmatische Netztheile in Form von Körnchen und sehr feinen und kurzen Fädchen hervor, und in diese der Kapsel zugehörigen Netztheile senken sich dann die von der Peripherie der beiden Nachbarzellen abgetretenen Fäden ein, es wird also auch in diesem Falle eine Verbindung

zwischen den Nachbarzellen bewirkt. In wie weit die der Kapsel zugehörigen Netze und die von der Peripherie der Zellen abtretenden Netzfäden eine etwas andere Beschaffenheit besitzen, als die der Zelle selbst zugehörigen, bleibt dahingestellt, dagegen ist die Maschensubstanz innerhalb der Kapsel der leimgebenden Grundsubstanz des Bindegewebes von Wirbelthieren verwandt und dichter als die an festeren Theilen jedenfalls arme Maschensubstanz des Zellkörpers. Ist die Kapsel verhältnissmässig dick und nimmt das Brechungsvermögen ihrer Grundsubstanz nach der Peripherie der Zellen hin allmälig ab, so wird die Abgrenzung der letzteren von der Kapsel eine verwaschene, so dass es mitunter nicht möglich ist, die Peripherie der Zelle von der Kapsel scharf abzugrenzen.

Wollen wir der Frage näher treten, in wie weit die an Nervenfasern und Ganglienzellen nachgewiesenen Structurverhältnisse in unmittelbarer Beziehung zu Leitungsvorgängen und zu psychischen Processen stehen, so müssen wir uns zunächst darüber Rechenschaft geben, ob sie zum Theil wenigstens den Nervenfasern und Zellen eigenthümlich sind und nicht auch anderen Zellen zukommen.

Durch die Untersuchungen des Vortragenden, *Heitzman*'s, *Leydig*'s u. A. ist festgestellt worden, dass in weiter Verbreitung das Protaplasma der Zellen Netzstructur besitzt, dass in den Kernen engmaschige Netze von einem derberen und weitmaschigeren Chromatingerüst durchzogen werden und dass Kern- und Zellnetze theils durch Lücken der Kernmembran hindurch Verbindungen eingehen, theils aber sich beiderseits an die Kernmembran inseriren. Die Kernkörperchen stellen bald abgeschlossene, isolirte Bildungen dar, bald sind sie mit dem Kernnetz durch fadige, mitunter in regelmässigen Abständen abgehende speichenartige Fortsätze verbunden. Es wurde ferner ermittelt, dass Epithelien, Endothelien und Drüsenzellen vielfach untereinander durch Brückenfäden zusammenhängen und dass innerhalb mancher Bindesubstanzen (Knorpel-, Knochen-, Nabelstrang-, fibrilläres Bindegewebe) die Grundsubstanz von sehr feinen Fibrillen oder gerüstförmigen Structuren durchsetzt wird, welche sich unmittelbar in die Netze des Zellkörpers fortsetzen und dadurch Verbindungen zwischen den Zellen bewirken, an denen lediglich geformte protoplasmatische Theile betheiligt sind, während bei den längst bekannten Zellanastomosen im gewöhnlichen Sinne des Worts Fortsätze des ganzen Zellkörpers mit einander verschmelzen, die Verbindung also nicht blos durch protoplasmatische Fäden, sondern durch diese sammt der Substanz der von ihnen eingeschlossenen Maschen bewirkt wird.

Sehr häufig besitzen die von den Netzsepten eingeschlossenen Maschen eine wechselnde Weite und Form, sind rund, oval oder drei- und mehreckig, und benachbarte communiciren öfter durch kleine Lücken, oder es fehlt die eine oder andere Maschenwand ganz; mitunter sind aber die Netzfäden in regelmässiger Weise unter Bildung quadratischer oder rechteckiger Maschen orientirt, in denen die Netzfäden theils parallel der langen Axe

der Zelle, theils senkrecht zu derselben verlaufen. Andere Male treten die letzteren an Zahl zurück, und aus dem einen regelmässig gitterförmigen entwickelt sich ein parallel fibrillärer Typus, wie er sich in ziemlicher Verbreitung in der Epidermis der Wirbelthiere, in den Epithelien von Schleimhäuten und Drüsen, in glatten und quergestreiften Muskelfasern findet, und auf welchen auch die Längsstreifung bezogen werden darf, welche die Stützzellen der Riechschleimhaut bei Petromycon und die peripheren cylindrischen Fortsätze der Schultze'schen Riechzellen bei Petromycon, bei Ganoiden und Amphibien darbieten. Auch eine concentrische Streifung in der Umgebung des Kerns ist an manchen Knorpelzellen (Hyalinknorpel von Salam. m.) beobachtet worden und vom Kern ausgehende, die Zelle durchsetzende Fortsätze an den Endothelien der Descemet'schen Haut, ähnliche einen vom Kernkörper ausgehenden Faden einschliessende Fortsätze an Keimbläschen der Eier von Geophilus longicornis während der Entwickelung des Follikelepithels.

Besitzen somit weder Nervenfasern noch Nervenzellen Structurbesonderheiten, die ihnen allein und nicht auch anderen Zellen und Zellenderivaten zukommen, so können doch die Beziehungen der Endverzweigungen der Nervenfasern zu den sensiblen und motorischen Endapparaten Aufschluss darüber ertheilen, welche Structurelemente als leitend anzusehen sind.

An den quergestreiften Muskelfasern theilt sich der unter das Sarkolemma getretene Axencylinder der Nervenfaser wiederholt, seine Verzweigungen laufen auf der Oberfläche der Muskelfaser frei aus und sind bei Reptilien, Vögeln und Säugern eingebettet in eine Schicht feinkörniger Substanz. Die sensiblen Muskelnerven lösen sich nach Verlust ihres Marks und nach wiederholten Theilungen des Axencylinders zu äusserst feinen Fibrillen auf, die am Brusthautmuskel des Frosches frei an seiner Oberfläche zu enden scheinen. Die die glatten Muskelfasern versorgenden Nerven enden nach wiederholten Theilungen der marklos gewordenen Fasern mit einem Netz feinster Fäden, die in oder auf den Muskelfasern enden. Im Rete M., wie im Epithel von Schleimhäuten und Drüsen enden die marklos gewordenen Fasern nach häufigen Theilungen mit feinsten Fibrillen frei zwischen den Zellen, nach manchen Beobachtern auch in denselben (Leber, Speicheldrüsen), während die aus den Verästelungen der Olfactorius- und Glossopharyngeusfasern hervorgegangenen Fibrillen in einem unmittelbar unter den centralen Fortsätzen der Sinnesepithelien befindlichen sehr feinen Netz enden oder, nach anderen Beobachtern, sich direct mit den centralen Fortsätzen der ersteren verbinden. Ein ähnliches Verhalten zeigen auch die Endigungen der Hörnerven.

Aus diesen Befunden geht unzweifelhaft hervor, dass die Fibrillen der Nervenendigungen sowohl die centripetalen als die centrifugalen Erregungsvorgänge leiten, oder vielmehr, dass in denselben die leitende Substanz enthalten ist, und da es gleichfalls fest steht, dass die Fibrillen sich zur

Bildung von Axencylindern vereinigen, und dass die letzteren in Ganglienzellen einmünden, so handelt es sich zunächst darum, in welche Elemente des Axencylinders sich die Fibrillen fortsetzen. Als unbestritten wurde bisher angenommen, dass dies die Fibrillen des Axencylinders seien, und dass auch in den Nervenzellen und in der grauen Substanz die Leitung in fibrillären Bahnen verlaufe.

Ganz abweichende Anschauungen sind dagegen von *Leydig* und *Nansen* vertreten worden.

Der Inhalt der Nervenfasern besteht nach *Nansen* bei Wirbellosen aus einer Anzahl sehr feiner, aus hyaliner Substanz gebildeter Röhrchen, den Primitivröhren, die von einander durch Scheiden einer Stützsubstanz, des Spongioplasma, getrennt werden, dessen sonst als Primitivfibrillen bezeichnete Längsbälkchen vielfach in querer und schräger Richtung zusammenhängen und am Querschnitt rundliche oder polygonale Maschen um die Durchschnitte der einzelnen Primitivröhren bilden. Die letzteren setzen sich fort in die Ganglienzellen, in denen sie als lichtere, gleichfalls von einem Spongioplasmagerüst umschlossene Strassen vortreten, in wechselnder Weise vertheilt sind und den Kern mitunter in concentrischen Bahnen umgürten.

Auch die sogenannte Punktsubstanz der Wirbellosen besteht aus solchen Nervenröhren, die in ihr entspringen oder aus Fortsätzen der Ganglienzellen und ihrer Aeste stammen, zum Theil aber die Punktsubstanz auf ihrem Weg zur Körperperipherie nur durchsetzen. Directe Verbindungen zwischen Ganglienzellenfortsätzen existiren nicht; die nicht nervösen Fortsätze, die sogenannten Protoplasmafortsätze, ziehen zur Peripherie des Ganglions und dienen wahrscheinlich zur Aufnahme, Verarbeitung und Weiterführung des Ernährungsmaterials für die Nervenfasern enthaltenden Fortsätze. *Nansen* schreibt der Punktsubstanz deshalb eine grosse Bedeutung zu, weil ihre Entwickelung in directem Verhältniss zur Intelligenz der Thiere steht und dem entsprechend bei Insekten viel höher entwickelt ist, als bei Würmern und Crustaceen.

Bei den Wirbelthieren verlaufen die Nervenröhren in ganz analoger Weise in den durch das Gerüst des Axencylinders eingefriedigten Bahnen.

Ganz ähnliche Anschauungen vertritt *Leydig*, der aber weitergehend überhaupt die weichen, halbflüssigen Theile in den Zellen für in erster Reihe an den Lebensvorgängen betheiligt ansieht und den Zellgerüsten nur eine untergeordnete Bedeutung zuschreibt.

In Betreff der Nervenfasern von Wirbellosen ist ohne Zweifel die Angabe über den gerüstförmigen Bau derselben zutreffend, und da die längsgerichteten Gerüsttheile weder continuirliche noch unverbundene Gebilde sind, so ist es allerdings unwahrscheinlich, dass sie an den Leitungsvorgängen betheiligt sind, und scheint nur die Annahme zu bleiben, dass die letzteren innerhalb der hyalinen, von den Bälkchen umschlossenen Substanz,

also in den Nervenröhren *Nansen*'s stattfinden. Weiteren Untersuchungen bleibt es vorbehalten, ob es gelingt, diese Röhren durch besondere Behandlungsmethoden in Form von Axenfibrillen zur Anschauung zu bringen, und ob auch in den Axencylindern der Wirbelthiere sich ähnliche Fibrillen als elementare Bestandtheile nachweisen lassen, die von den an Bildung ihres Gerüsts betheiligten Fibrillen verschieden sind und den Nervenröhren *Nansen*'s entsprechen. Zur Begründung dieser neuen Anschauungen ist es aber unerlässlich nachzuweisen, dass die feinen fibrillären Endigungen der Axencylinder und Nervenfasern bei ihrem Zusammentritt sich nicht continuirlich fortsetzen, nicht in die fibrillären Theile der letzteren, sondern in die hyaline Zwischensubstanz, in die Primitivröhren *Nansen*'s, und dieser Nachweis ist bisher nicht geliefert worden.

Nach den Anschauungen von *Leydig* und *Nansen* können ferner auch die von peripheren Gerüsttheilen der Nervenzellen abtretenden und diese untereinander wie mit Capillaren und Bindesubstanzzellen verbindenden feinen Fäden nicht als Leitungsbahnen von Erregungszuständen angesehen werden. Zur Zeit lässt sich zwar weder das eine noch das andere beweisen, indessen liegen doch, wenngleich aus einem ziemlich entlegenen Gebiet, Beobachtungen vor, welche zeigen, dass Reize von einer Zelle auf eine andere unter Vermittelung protoplasmatischer Verbindungsfäden übertragen werden können. So fand *Tangl*, dass an den Epidermiszellen älterer Zwiebelschalen die Protoplasmafäden, welche die Tüpfelmembran durchsetzen, die Reizübertragung bewirken. Werden Zwiebeln mit medianen Schnittwunden in feuchte Sägespähne eingelegt, so ändern Plasma und Kern in den an die Wundfläche grenzenden 3—5 Zellenlagen ihre Lage, an den der Wundfläche zunächst liegenden Seitenwänden bilden sich Plasmaansammlungen, in welche der Kern einwandert, in weiterer Entfernung liegt der Kern nur noch neben diesen Protoplasmaansammlungen, und in noch grösserer Entfernung sind auch die letzteren selbst nur noch wenig auffallend. Die Reizwirkung nimmt also mit der Entfernung von der Schnittwunde ab. Aus diesen Beobachtungen lassen sich selbstverständlich nicht ohne Weiteres Schlüsse ziehen auf ein gleiches Verhalten von Fäden, welche Verbindungen zwischen thierischen Zellen bewirken, bei den sonstigen vielfachen Analogien aber, welche im Bau und in den Lebenserscheinungen zwischen thierischen und pflanzlichen Zellen bestehen, lässt sich allerdings die Vermuthung nicht von der Hand weisen, dass ähnliche Uebertragungen auch bei thierischen Zellen stattfinden können.

Die Angabe *Leydig*'s, dass nicht blos in den Elementen des Nervensystems, sondern überhaupt in den Zellen das Protoplasma vorwiegend oder ausschliesslich an dem Zustandekommen der Lebensvorgänge betheiligt sei, entbehrt in dieser allgemeinen Fassung jeder Begründung. Dass ein so scharfer Gegensatz zwischen Netz- und Maschensubstanz überhaupt nicht besteht, geht schon aus dem Umstande hervor, dass an manchen lebenden Zellen während der Beobachtung Gerüsttheile um-, neu- und rückgebildet

werden, die sich bald langsam vollziehen, bald so rasch, dass das Auge kaum im Stande ist, ihnen zu folgen.

Derartige Vorgänge sind wahrgenommen worden an Pflanzenzellen, an Eiern von Wirbellosen, an Blutkörpern von Wirbellosen und Wirbelthieren, an den Tentakeln von Hydra, an Knorpelzellen, ebenso auch am Struma von Kernen mancher Thier- und Pflanzenzellen, dieselben vollziehen sich aber auch, und im Wesentlichen in der gleichen Weise, an den Gerüsttheilen von grauer Substanz und an den Ganglienzellen von Wirbelthieren. *Spina* hatte an der grauen Substanz von Warmblütern auf dem erwärmten Objectträger Formveränderungen der Netztheile wahrgenommen, Zusammenziehungen und Ausdehnungen derselben, nach den vom Vortragenden an der grauen Substanz von Raja und Torpedo, wie an Zellen des elektrischen Lappens von Torpedo gemachten Beobachtungen handelt es sich aber keineswegs um Ausdehnungen und Zusammenziehungen, sondern um Verdickungen oder Verdünnungen von Netztheilen mit oder ohne Zu- und Abnahme ihres Brechungsvermögens, um Abschnürungen, Verschmelzungen, um Vorsprossen neuer Fäden aus Knotenpunkten, um Bildung neuer Gerüsttheile aus homogener Substanz nach Verflüssigung der vorher vorhandenen Gerüsttheile, um Bildung neuer Verbindungen zwischen Gerüsttheilen nach Lösung der vorher bestehenden, so dass das Gefüge ganzer Gerüstabschnitte durch diese an seinen Theilen sich vollziehenden Vorgänge eine durchgreifende Aenderung erfährt. An den im Serum zerzupften, vor Druck seitens des Deckglases geschützten Partikeln der genannten Theile lassen sich diese Veränderungen bald nur einige Minuten, bald bis über $^1/_2$ Stunde lang verfolgen, vollziehen sich in bald langsamerem, bald rascherem Wechsel, bis sie sich dauernd verlangsamen und dann ganz verlöschen. Sie tragen ganz denselben Charakter wie die im Innern unzweifelhaft lebender Zellen ablaufenden, und da es sich dabei nicht um den einmaligen Eintritt von Veränderungen einer und derselben Art handelt, die sich als das Absterben der Theile begleitende Erscheinungen auffassen liessen, sondern um ihrer Art nach verschiedene Vorgänge, die unter gleichbleibenden äusseren Bedingungen in ununterbrochenem Wechsel an Theilen der gleichen Art und den aus ihnen successive hervorgegangenen sich vollziehen, so lassen sie sich nur als Lebensvorgänge auffassen. Dabei bleibt es natürlich dahingestellt, inwieweit dieselben nach Art und Schnelligkeit ihres Ablaufs innerhalb des lebenden und unversehrten Thiers Abweichungen darbieten, worüber Beobachtungen an den Ganglienzellen von kleinen Crustaceen, von Tardigraden und anderen genügend durchsichtigen kleinen Wirbellosen Aufschluss ertheilen können.

Gerade bezüglich der besprochenen Fragen sind diese Beobachtungen von Interesse, weil alle die Theile, welche ihre Beschaffenheit, Form und die Art ihrer Verbindung ändern oder sich ganz verflüssigen, der Leitung nicht dienen können, so lange dies der Fall ist, und ebensowenig der Sitz

von psychischen Processen sein können, die ein einheitliches Bewusstsein oder Gemeingefühl voraussetzen.

Keine Discussion.

Dir. Dr. *Sioli*-Frankfurt a. M.: Ueber die Familienpflege der Geisteskranken.

Unsere grossen Irrenanstalten kränkeln, wie die Jahresberichte derselben beweisen, fast alle an einem Uebel, dem der Ueberfüllung durch chronische Kranke, die auch eine neugegründete Anstalt bald anfüllen und durch ihren langsamen Abgang den Zugang versperren. Die Folge ist eine immer zunehmende Verminderung der Aufnahme frisch Erkrankter, Zurückgehen der Heilbaren und Geheilter und im Circulus vitiosus immer weitere Anhäufung chronischer Fälle.

Man sieht mancherlei Mittel gegen dieses Uebel anwenden.

Für unzweckmässig halte ich die Vergrösserung einzelner Anstalten bis in's Ungemessene, d. h. bis an 1000 Kranke heran; da hört jedes Individualisiren auf, und die Aufnahme wird durch solche enorme Centralisation an einem Ort einer Provinz nicht erleichtert.

Das Hauptgegenmittel, der Bau weiterer Anstalten als Decentralisationsmittelpunkte, wird schliesslich nirgends zu umgehen sein, doch ist es natürlich, dass sich bei den enormen Kosten dieser Neubauten die Frage nach einfacheren Verpflegungsformen von Seiten der zahlenden Behörden immer wieder erhebt.

Diesem Bedürfniss nach Entlastung der Anstalten können wir wohl durch einige Maassregeln, die die moderne Irrenpflege eingeschlagen hat, entgegenkommen und das Nothwendige mit dem Nützlichen verbinden. Denn dass eine Form der Erweiterung der Anstalt im freieren Sinne, die Colonie, eine ganz nothwendige Ergänzung aller älteren Anstalten darstellt, dass sich hier eine grosse Zahl von Kranken viel wohler als in der geschlossenen Anstalt befindet, durch ihre Arbeit sowohl sich selbst wie der Anstalt Nutzen bringt, ist jedem, der den Versuch hierzu gemacht hat, unwiderruflich klar. Wir wollen aber nicht blos die Entlastung der Anstalt, sondern auch die therapeutische Wirkung in's Auge fassen.

Machen wir daher uns klar, welche therapeutischen Mittel wir durch die Versetzung eines Kranken in die Colonie anwenden. Es ist: Anleitung zu einer ein gewisses Interesse bei dem Kranken erweckenden Beschäftigung, freie Bewegung und sociale Anregung; diese sind die Haupthilfsmittel in der Behandlung aller chronischen Krankheitsfälle, um dieselben dem ihnen drohenden Stumpfsinn zu entreissen.

Es ist besonders die grosse Zahl der chronisch Verrückten und zwar sowohl der einfach, als der hallucinatorisch und katatonisch Verrückten, bei denen diese Mittel ganz nothwendig zum Behandlungsapparat gehören, und man kann, wo man eine grössere Zahl dieser Kranken in einer Anstalt in chronisch hallucinatorischen Erregungszuständen oder in chronisch

katatonisch angewöhnten Bewegungsformen sieht, unbedenklich Mangel an geeigneter Anleitung zu zweckmässiger Beschäftigung annehmen.

Es lassen sich diese beiden Formen in ihrem zunächst acuten Auftreten und späteren chronischen Verlauf mit vorwiegenden Ausfallserscheinungen mit aphasischen oder anderen Gehirnerkrankungen vergleichen.

So wie hier nach der Ueberwindung der anfänglichen acuten Erscheinungen mit ihren Fernwirkungen nachher eine Reihe von Hemmungs- und Ausfallserscheinungen zurückbleiben, von denen sich aber manche durch methodische Uebung, Erziehung, Einlernung wieder bessern lassen, so kann man bei jenen Krankheiten, zumal bei den aus acuter Verrücktheit resp. Wahnsinn hervorgehenden Formen, bei denen Schwächezustände mit geringem Affect, aber gewohnheitsmässig angenommenen Krankheitsäusserungen zurückgeblieben sind, gegen diese mit den genannten therapeutischen Mitteln erfolgreich zu Felde ziehen.

Unter diesen gewohnheitsmässigen Krankheitsäusserungen möchte ich nur an den passiven Widerstand und das negative Verhalten theilweise mit motorischen Abwehräusserungen bei Ausgangszuständen hallucinatorischer acuter Verrücktheiten, an die Reste von Bewegungserscheinungen, die als sonderbare Stellungen, Haltungen und Bewegungen bei Ausgängen katatonischer Verrücktheiten zurückbleiben, erinnern und weiter an die Beobachtung erinnern, dass diese verschiedenen Erscheinungen neben den Ausfallserscheinungen von geistiger Stumpfheit und Interesselosigkeit hergeben und in geschlossenen Anstalten, wo die Kranken sich selbst überlassen werden, ununterbrochen zunehmen.

Machen wir uns noch etwas weiter klar, welche Gelegenheiten uns gegeben sind, von den genannten Behandlungsmitteln Gebrauch zu machen.

Es kann zunächst keinem Zweifel unterliegen, dass wir es hier mit wichtigen und eingreifenden Mitteln zu thun haben. Es geht dies schon daraus hervor, wie häufig die Arbeit, die sociale Anregung, die Freiheit schädlich wirkt, wenn sie zu früh, insbesondere bei schweren Affectzuständen, bei neurasthenischen Formen angewendet wird. Es ist bekannt, wie ausserordentlich vorsichtig man hier mit dem leisen Beginn der Anwendung sein muss.

So erklärt sich die Scheu der älteren Irrenärzte, überhaupt Besuche bei den Kranken zuzulassen, die Scheu vor zu frühzeitiger Entlassung, da man das hierbei wirksame Mittel der socialen Anregung fürchtete.

Man ist neuerdings hierin weniger ängstlich geworden.

Ich mache, mit Ausnahme nur schwereren Depressionszuständen und primären wie secundären durch Hallucinationen bedingten Angstzuständen sowie frischen Manien vielmehr gern und frühzeitig von dem Mittel des Besuchs der Angehörigen Gebrauch, das oft sehr wohlthätig wirkt, mir sogar bei acuten Verrücktheiten nach körperlichen Erkrankungen wichtige Dienste zur Genesung geleistet hat.

Ueber den Werth frühzeitiger Entlassungen als wesentliches Hilfsmittel

in der Behandlung solcher Psychosen, deren Verlauf sich hinauszieht und chronisch zu werden droht, hat *Schüle* in dieser Versammlung vor 2 Jahren ausführlich gesprochen. Er hat die Krankheitsfälle, bei denen es anzuwenden ist, und die Zeit ihrer Anwendung klargelegt, und die Worte, die er über den Werth dieses Mittels bei dem Stadium der Melancholie, bei dem an Stelle der Wahnideen das Heimweh tritt, ferner bei den chronisch werdenden hypochondrischen Melancholien, den chronischen Verrückten, die sich in der Anstalt immer mehr in ihre Wahnideen verstricken und allmälig unsocialer werden, endlich den sich nicht recht aufklärenden acut Verrückten gesprochen hat, können als goldene Grundsteine einer psychischen Therapie betrachtet werden.

Es ist aber gewiss verzeihlich, wenn in Einem der Wunsch rege wird, die Zahl der practisch anzuwendenden Heilmittel, die als combinirte Hilfsmittel bezeichnet werden können, noch weiter zu vergrössern, da unser Reichthum an solchen bisher nicht allzugross ist.

In der geschlossenen Anstalt werden wir von Arbeit, Freiheit, socialer Anregung immer nur in mässigen Grenzen Gebrauch machen können, der Colonie, die reichliche Thätigkeit und Freiheit der Bewegung bietet, haftet immer noch viel Monotonie des Anstaltslebens, also Mangel an socialer Anregung an, die Entlassung, die alles enthält, entzieht den Kranken ganz unserem Einfluss. Es könnte sich also der Wunsch nach einer Behandlungsart geltend machen, die gesellschaftliche Anregung und demnächst freie Bewegung in den Vordergrund stellt, ohne die Beschäftigung zu vernachlässigen.

Diesen Anforderungen würde ohne Zweifel bei gehöriger Durchführung die Familienpflege, d. h. dauernder Aufenthalt Geisteskranker in einer geeigneten fremden Familie genügen.

Es ist diese Frage in den letzten 10 Jahren ja mehrfach behandelt, und es liegen eine Reihe von Erfahrungen über diese Behandlungsart vor; es dürfte daher an der Zeit sein, einmal die Tragweite der angestellten Versuche zu prüfen und zu untersuchen, ob sich nach den angestellten Versuchen einerseits die Familienpflege überhaupt als berechtigte Verpflegungsmethode hinstellen lässt, andererseits, ob sich auch nach dieser Richtung etwas feststellen lässt, wieweit unter den verschiedenen Formen der psychischen Erkrankungen gewisse für diese oder jene Verpflegungs- resp. Behandlungsart mehr oder weniger geeignete sich herausheben lassen, um so die erwähnten drei Hauptmittel psychischer anregender Behandlung in chronischen Fällen möglicherweise etwas individueller zu dosiren, als es gewöhnlich geschieht.

Es dürfte zunächst von Interesse sein, die bisherige practische Durchführung der Familienpflege zu betrachten.

Die ausgedehnteste Familienpflege ist wohl die in Schottland, über die neuerdings *Siemerling* uns berichtet hat. Es sind gegen 2000 Kranke dort in Familien untergebracht.

Der Berichterstatter hebt Concentrirung in einzelnen Gemeinden, wirkliche Zugehörigkeit zur Familie der Pfleger, mittlere Wohlhabenheit der letzteren als Garantie guter Unterbringung, kleine Zahl der in einer Familie unterzubringenden Kranken und Ueberwachung durch einen Arzt und den Armeninspector, allerdings nur 1/4jährlich, als gute Eigenschaften der schottischen Familienpflege hervor.

Auch hat er beobachtet, dass sich für diese Pflege besonders eignen die einfach Schwachsinnigen, die leichteren Grade der Idiotie und die Verrückten.

Ist hier eine systematische Ausbildung nach Grundsätzen, die von irrenärztlichem Standpunkt aus Billigung verdienen, anzuerkennen, so fehlten diese Grundsätze zunächst in den älteren familialen Verpflegungseinrichtungen auf dem Continent, die sich vielmehr zunächst nur als Nothbehelfe darstellen.

Voran steht ja hier Gheel, dessen grosse Mängel in früherer Zeit ebenso bekannt sind, wie seine Fortentwickelung in neuerer Zeit. Immerhin besteht auch jetzt noch der zu geringe Umfang der Centralanstalt für Unruhige und Sieche, die zu grosse Aermlichkeit einzelner Pfleger, zu geringe Beaufsichtigung, so dass Zwangsmaassregeln und Unreinlichkeit noch in ausgedehnterem Maasse vorkommen.

Als eine der ältesten Einrichtungen familialer Pflege ist sodann die zu Rockwinkel bei Bremen zu nennen, die jedoch früher keineswegs billigen Anforderungen entsprach. Insbesondere wurde von *Engelken* selbst die grosse Aermlichkeit der Pfleger und die in Folge dessen zu ärmlichen Wohnungen der Kranken hervorgehoben.

Mir scheinen die Grundlagen dieser Familienpflege nicht den an eine irrenärztlich zu leitende zu entsprechen.

Das Bremenser Armenamt giebt diese Kranken auf eigene Verantwortung nach einer eventuellen 14tägigen Beobachtung im Bremenser Stadtkrankenhause in die Familien. Der Bremenser Irrenarzt, aus dessen Behandlung die Kranken doch kommen, hat mit der weiteren Fürsorge für diese nichts zu thun. Die Pflegepreise sind sehr verschieden und durchgehends zu niedrig. Da sie ausserdem nach der Arbeitsfähigkeit festgesetzt werden, so liegt die Nöthigung zur Arbeit und die Ausbeutung des Kranken sehr nahe.

Die specielle Ueberwachung geschieht durch einen Armenaufseher.

Nach den Mittheilungen eines Besuchers ist denn auch die Art der Unterbringung keine allen berechtigten Anforderungen entsprechende. Es sind dort Weiber mit hoher geschlechtlicher Erregung, von denen eine 2 Graviditäten durchgemacht hat und doch wieder in die Familie gekommen ist, Sieche und Unreinliche. Auch sind Selbstmorde vorgekommen und Entweichungen häufig.

Die Schlafräume der Kranken sind sehr klein, z. Th. unsauber und nicht zu lüften und weisen nicht allzuselten Spuren von Unreinlichkeit der Kranken auf.

Es ist nicht zu leugnen, dass eine Familienpflege mit solchen Mängeln auch heute billigen Anforderungen noch nicht entspricht.

Es sind nun aber in den letzten Jahren einige practische Versuche einer nach gewissen irrenärztlichen Principien geordneten Familienpflege gemacht, welche Beachtung verdienen und die Ausführbarkeit der Sache beweisen.

Am ersten und vorzüglichsten zu nennen ist das *Wahrendorff*'sche Unternehmen in Ilten, das seit nun 10 Jahren besteht und durch die immer wachsende Zahl der in Familien untergebrachten Kranken einen Erfolg beweist.

Das Unternehmen ist wohl den meisten von Ihnen aus eigener Anschauung bekannt, und sind freilich die Stimmen darüber getheilt. Nach dem, was ich selbst gesehen habe, möchte ich die Lage der meisten der dortigen Kranken als eine befriedigende bezeichnen und möchte als die werthvollsten Eigenschaften dieser Einrichtung hervorheben die directe Abhängigkeit vom Anstaltsarzt und die Nähe einer geschlossenen Anstalt, die gute ärztliche Aufsicht und genaue Controle des körperlichen Befindens der Kranken durch Wägung und Baden, die Wohlhabenheit der Pfleger und die Freundlichkeit der den Kranken zugewiesenen Räume, sowie, was durch die Zahlung eines reichlichen Geldes ermöglicht wird, die für alle Kranken gleiche Pflege.

Es ist für das Unternehmen *Wahrendorff*'s gleichgiltig und mindert sein Verdienst nicht, ob man die Uebergabe von Kranken aus öffentlichen Anstalten an Privatanstalten überhaupt billigt, und will ich von dieser Frage hier ganz absehen.

Immerhin habe ich den Eindruck gewonnen, dass ein nicht geringer Theil der dort in Familien untergebrachten Kranken sich ebenso wohl fühlte, als die meisten von ihnen in geschlossenen Anstalten es thun würden.

Es ist nach der Anschauung *Wahrendorff*'s das Ganze, was ich als sociale Anregung bezeichnet habe, das Wiederleben in den gewohnten Kreisen der Familie, das sich als gehöriges Glied derselben Fühlen, was anregend und belebend auf viele der Kranken wirkt.

Um nun über diese Behandlungsart eigene Erfahrungen zu sammeln, um zu versuchen, ob sich eine irgend ansehnlichere Zahl von Kranken aus einer grossen Pflegeanstalt in Familie unterbringen lässt, und ob sich so eine Entlastung der Pflegeanstalt herbeiführen lässt, habe ich einen im Wesentlichen dem *Wahrendorff*'schen nachgebildeten Versuch einer Familienpflege in dem Dorf Looswitz bei Bunzlau gemacht, über den ich hier etwas genauer referiren möchte.

Es sind jetzt dort 30 Kranke untergebracht, die zu je 2 bei wohlhabenderen Bauern dieses freundlichen Dorfes in durchgehends massiven Häusern wohnen. Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse der Leute sind erträglich und die Menschen, wie im Allgemeinen die Niederschlesier, leidlich gutmüthig und bieder.

Die Pfleger werden auf gewisse Bedingungen verpflichtet, die den von *Wahrendorff* für die seinigen aufgestellten ähnlich sind.

Die wesentlichsten sind: Zahlung von 240 M. pro Kopf und Jahr, für jeden Kranken gleich; Forderung eines besonderen geeigneten Zimmers für die Kranken, Theilnahme am Familientisch; die Anstalt liefert Kleider, Wäsche und Betten und erhält diese Gegenstände, die Eigenthum der Anstalt bleiben. Bei eintretender Krankheit oder Gefährlichkeit wird der Kranke sofort in die Anstalt zurückgenommen.

Die Controle wird durch häufigen Besuch der Aerzte und monatlich 2maliges Wiegen und Baden der Kranken in der Anstalt ausgeübt.

Als von allgemeiner Wichtigkeit für alle Kranken möchte ich hervorheben, dass die in der Familienpflege gebotene Beschäftigung wohl die verschiedenartigste ist, die es geben kann, so dass jedem der Kranken Gelegenheit zur Bethätigung der verschiedensten individuellen Anlagen geboten ist Auch im Winter, wo doch oft die Monotonie des Anstaltslebens überwiegt, giebt das Haus mit allerlei Thätigkeit für die Küche, die Familie und die Kinder, den Viehstall und die Scheune reichliche Gelegenheit zu allerlei Beschäftigung.

Körperlich war bei den meisten Kranken mit mancherlei Schwankungen ein ziemliches Bleiben des Gewichts auf der mitgebrachten Basis zu constatiren.

Es ist nun gewiss von Wichtigkeit, die Wirkung dieses therapeutischen Mittels auf die einzelnen Formen von Seelenstörungen kennen zu lernen, und kann ich darüber Folgendes berichten.

Ein Theil der Pflegestellen wurde erst in den letzten Monaten vor meinem Weggang aus Bunzlau besetzt, so dass über diese Kranken ein Urtheil und längere Beobachtung mir noch nicht möglich war.

Dagegen ist mir dies von 20 Kranken möglich, die z. Th. schon 2 Jahre in der Familienpflege sind. Unter denselben befanden sich 8 chronisch Verrückte, grösstentheils mit Verfolgungsideen, doch nicht zu sehr im Vordergrund stehenden Sinnestäuschungen, z. Th. jedoch ziemlich schwere Kranke, selbst mit Personenverkennung, doch ohne Uebergang in erheblicheren Schwachsinn.

Der Erfolg war hier ein sehr verschiedener. Während bei Einigen dauernd ein Socialer-werden, grössere Zugänglichkeit, Anschluss an die Familie und Theilnahme an deren Ergehen zu constatiren war, traten bei der Mehrzahl, die Anfangs scheinbar gleichfalls eine gute Einwirkung durch die gegebene Freiheit gezeigt hatte, später die Sinnestäuschungen wieder stärker hervor und führten zu Excessen, die unter Umständen gefährlich zu werden drohten und die Rückbeförderung in die Anstalt nöthig machten.

Ferner sind anzuführen 6 Fälle mässig leichter Idiotie, z. Th. als Imbecillität zu bezeichnen. Mit diesen geht es allen gut, das Maass von Freiheit, das sie haben, sagt ihnen zu, und es sind keinerlei Ex-

cesse vorgekommen. Einige sind sogar wahre Kinder der Familie geworden.

Einige Besserung zeigte noch ein Fall eines chronischen Depressionszustandes, der in Stumpfsinn überzugehen drohte.

In Folge der erreichten Besserung habe ich bei 4 von diesen Kranken den Versuch der Entlassung nach Haus gemacht; 2 jedoch kehrten bald zurück, da der Zustand sich in der eigenen Familie wieder verschlimmerte, 2 blieben zu Haus.

Ohne Erfolg, z. Th. sogar von vorübergehend verschlimmernder Wirkung, war die Familienpflege bei den übrigen 5 Kranken. Hiervon waren 3 secundär schwachsinnige, als Ausgangsstadium von Hebephrenie und katatonischer Verrücktheit; hier war offenbar der durch die Freiheit und die neuen Eindrücke ausgeübte Reiz zu gross; sehr bald traten neue heftige Erregungszustände mit erhöhtem motorischen Trieb und allgemeiner Verwirrtheit ein. In die Anstalt zurückgebracht, beruhigten sie sich sehr bald.

Die beiden anderen, chronische Blödsinnige nach unbestimmten Formen von Verrücktheit, zeigten in der völligen Freiheit sofort einen unwiderstehlichen Entweichungstrieb, von dem weder vorher noch nachher in der Anstalt etwas bemerkt worden war.

Soweit die Beobachtungen, die sich auf die Art der Seelenstörung der zur Familienpflege geeigneten Kranken beziehen.

Diese Beobachtungen würden den Schluss zulassen, dass sich für die Familienpflege vorzugsweise Fälle leichter Idiotie eignen, dass man hingegen mit der Anwendung dieses Mittels bei Fällen chronischer Verrücktheit und bei höheren Graden secundären Schwachsinns recht vorsichtig sein muss, um nicht heftigere Erregungszustände dadurch zu erzielen.

Es ist interessant, dass sowohl diese Fälle wie die von stärkerer hallucinatorischer Verrücktheit sich anstandslos für die coloniale Pflege eigneten, und dass hier Aufregungszustände viel seltener eintraten, als in der Familienpflege, dass somit der therapeutische Werth der letzteren ein minimaler gegenüber dem der Colonie ist. Es erklärt sich dies wohl zum geringen Theil aus dem ganz unberechenbaren Factor des Pflegers, der bei der Familienpflege in die Behandlung eingeführt wird.

Was nun die Procentzahl der zur Familienpflege geeigneten Kranken betrifft, so blieb dieselbe sehr hinter meinen Erwartungen zurück. So lange 20 männliche Kranke, aus 400 männlichen Kranken entnommen, sich in der Familienpflege befanden, war es noch nicht schwer, neben den für die gleichzeitig errichtete Colonie passenden Kranken solche für die Familienpflege herauszufinden und einzelne, die sich als nicht geeignet zeigten, schnell durch andere zu ersetzen. Bei 30 Kranken ist diese Aufgabe schon eine sehr schwere, die Rückversetzungen haben sich enorm gemehrt, ein Zeichen, dass viele ungeeignete Elemente mit in die Familienpflege gekommen sind, und der Ersatz durch neue liegt an der Grenze der Möglichkeit.

Die zweite auf die Familienpflege gesetzte Hoffnung, dadurch eine wesentliche Entlastung der Anstalten von chronischen Kranken herbeiführen zu können, muss daher gleichfalls als eitel bezeichnet werden, denn nach diesen Erfahrungen dürften es kaum 5 pCt. der Insassen einer Pflegeanstalt sein, mit denen man anstandslos diesen Versuch machen kann. Von der colonialen Pflege kann man sich zweifellos hierin viel mehr versprechen.

Ich möchte jedoch einige andere kleine bessere Seiten an der Familienpflege hervorheben.

Ich kann wohl sagen, dass ich von dieser Station den Eindruck einer Experimentirstation im besten Sinne gehabt habe. Einerseits konnte an mehreren Kranken der Grad der Freiheit, den sie vertrugen, erprobt werden und die Entlassung in die eigene Familie vorbereitet werden.

Andererseits zeigte sich die Einrichtung für uns Aerzte von grösstem Werth, um unsere Anschauungen über den Grad von Freiheit und Selbstständigkeit, den die Kranken überhaupt vertragen, zu erweitern und zu verbessern.

Ich kann sagen, dass wir an der Hand der Familienpflege ganz wesentliche Fortschritte in der positiven Ausbildung des norestraint in der Anstalt gemacht haben, und bin überzeugt, dass eine solche Station von bester Wirkung auf den Geist des Vertrauens zu den Kranken und umgekehrt der letzteren zum Arzt in der Anstalt selbst ist.

Ich fasse zum Schluss meine Ausführungen nochmals in kurzen Sätzen zusammen.

1. Wo eine wohlhabende ländliche Bevölkerung in Orten nicht über 1 Meile von einer grösseren Irrenanstalt ist, da halte ich den Versuch, je 1—2 Kranke in zuverlässigen Familien unterzubringen, für wohl möglich und durchführbar.

2. Die gesammte Leitung der Familienpflege muss weiter unter der ärztlichen Direction der Anstalt stehen und muss mit völliger Freiheit vom ärztlichen Director der Anstalt gehandhabt werden.

3. Man muss sich aber vor allen Illusionen hüten, als ob die Familienpflege bei irgend schweren Geisteskranken im Stande sei, die Anstaltspflege zu ersetzen. Sie eignet sich nur für leichtere Idioten und einige Fälle ziemlich socialer chronischer Verrücktheit und chronischen Schwachsinns. Eine wesentliche Entlastung der Pflegeanstalten ist dadurch nicht zu erzielen.

Discussion.

Dr. *Scholz*-Bremen schildert die Verhältnisse der Bremer Irrenpflege, dieselbe enthält:

a) eine geschlossene Anstalt für 200 Kranke, zu der noch eine Anstalt für 100 gebaut wird,

b) eine Colonie,

c) Familienpflege.

Die letztere ist die älteste und grösste, besteht seit 120 Jahren und

enthält c. 150 Kranke. Die Indicationen sind: In die geschlossene Anstalt gehören alle frisch erkrankten, aufgeregten und besonderer Körperpflege bedürftigen. In die Colonie rüstige Arbeiter. In die Familienverpflegung ruhige harmlose Kranke. Besondere Vorzüge letzterer in Bezug auf Pflege und sociale Zustände sind ihr nicht nachzurühmen. Die Kranken haben es in der geschlossenen Anstalt bei uns besser: Es gefällt ihnen in der Anstalt besser. Der Fehler der Bremer Familienpflege liegt darin, dass sie nicht der Irrenanstalt untersteht, sondern der Armenpflege. Letzteres kann gebessert werden, die Familienpflege ist werthvoll, muss erhalten, darf aber nicht überschätzt werden.

Dr. *Schröter*-Eichberg: Die Familienpflege der Irren aus der unteren Gesellschaftsklasse erscheint uns auf den ersten Blick im Interesse der Kranken sowohl, als zwecks Vermeidung der Ueberfüllung der Irrenanstalt als ein zweckmässiger Modus der Irrenpflege, dennoch dürfte dieselbe der Zahl nach nur eine geringe Bedeutung beanspruchen. Ich sehe hier ab von der Entlassung der in der Anstalt bisher verpflegten Irren in die eigene Familie, sondern meine die Entlassung in fremde Familien. Versuche, an welchen ich mich früher von der Berliner Anstalt zu Dalldorf aus betheiligen konnte, waren damals nicht bedeutend. Auch in meinem jetzigen Gebiet haben die Versuche noch keine nennenswerthe Gestalt gewonnen, trotz Anbietens eigner pecuniärer Mittel. Mir scheint die Verlegung der Irrenpflege aus der Hand des Bezirkverbandes in die der Kreisverbände das zweckmässigste, und so möchte ich auch die Pfleglinge, welche aus der Anstalt in Familienpflege kommen sollen, dahin überwiesen sehen, aber ich habe Bedenken gegen das Gelingen auf diese Weise und versuche zunächst ehemaligen Wärtern und namentlich Wärterinnen, welche sich in der Nähe der Anstalt verheirathen, Kranke in Familienpflege unter Schutz und Ueberwachung durch die Anstalt zu übergeben.

Prof. *Pelman*-Bonn glaubt nicht, dass die familiale Pflege, so werthvoll sie an sich ist, von grossem Werthe bei der Entlastung der Anstalten sei; der Procentsatz der dazu geeigneten sei gering. Der Versuch im Grossen in Gheel unterliege nach wie vor der sehr verschiedenen Beurtheilung. Ein neuerdings angestellter Versuch, ein neues Gheel in Lierneux für die französisch sprechenden Belgier einzurichten, müsse er nach eigner Anschauung für verfehlt und bedenklich halten. Die familiale Pflege lasse sich organisch entwickeln, aber nicht gewaltsam schaffen, viel davon versprechen dürfe man sich kaum.

Dr. *Moeli*-Dalldorf macht einige Mittheilungen über die Art der Unterbringung in Familienpflege von Dalldorf aus, die in zweierlei Form geschähe und im Allgemeinen zufriedenstellend ausgefallen sei; keinesfalls gestatten aber diese an einer bestimmten Stelle unter bestimmtem Einflusse der lebenden und todten Umgebung gesammelten Resultate eine allgemeine Anwendung auch auf andere Verhältnisse.

Dr. *Naecke*-Hubertusburg glaubt zunächst, dass die vom Collegen *Sioli*

angeführten Zahlen zu gering seien, um daraus grosse Schlüsse zu ziehen. Alles, was die Anstalten entlastet, ist mit Freuden zu begrüssen, selbst, wenn es geringere Resultate liefert, als die Colonie. In letzterer sind übrigens Idioten mit die besten Arbeiter, wie Zschadrass beweist.

Dr. *Paetz*-Altscherbitz: Wenn College *N.* annimmt, ich würde seiner Erfahrung beitreten, dass es eine sehr grosse Zahl von Kranken gebe, welche sich dauernd und energisch gegen jede Beschäftigung sträubten, so bedaure ich ihm erwidern zu müssen, dass er sich in dieser Erwartung getäuscht hat. Meine Erfahrungen sind durchaus gegentheilige, ich habe immer gefunden, dass die Zahl der Trägen, derer, welche wegen hartnäckigen Widerstrebens unbeschäftigt sind, sehr gering ist Die Verschiedenheit der Erfahrungen beruht wohl hauptsächlich in der Verschiedenheit der Methode der Anleitung. Ich befolge immer den Grundsatz, diejenigen Kranken, für welche die Beschäftigung oder doch mindestens reichlichere Bewegung in frischer Luft aus körperlichen oder psychischen Gründen vortheilhaft ist, auch dann mit in's Freie zur Arbeitsstelle zu schicken, wenn sie sich gegen Beschäftigung sträuben. Solchen Leuten ist immerhin die Bewegung zuträglicher, als das Herumsitzen in der Abtheilung, sie bekommen besseren Appetit, schlafen besser, werden von allerlei schlechten Gewohnheiten (Onaniren etc.) abgehalten u. dergl. mehr. Allmälig wirkt das gute Beispiel und verständige Anleitung derart auf die Trägen ein, dass sie bald zu arbeiten anfangen und sich dauernd an regelmässige Beschäftigung gewöhnen. Man darf es nur in hartnäckigen Fällen an einer selbst monatelang geübten Geduld und Beharrlichkeit nicht fehlen lassen.

Auf *Naecke*'s Beispiel eines Pastors und eines „Orientalen", die absolut ungeeignet gewesen wären zur Beschäftigung in der Colonie, erwidere ich: Dass *N.* zuerst von widerstrebenden, sich sträubenden, jetzt von ungeeigneten Elementen gesprochen habe. Man könne von Gelehrten und Kranken besserer Stände nicht besonderes Geschick und Neigung zu landwirthschaftlichen Arbeiten verlangen, man müsse individualisiren, auf die Neigungen und Fähigkeiten Rücksicht nehmen, für Vielseitigkeit der Beschäftigung sorgen, wie sie die Colonie am besten bieten könne, wenn sie z. B. auch mit einer grossen Gärtnerei, Blumenzucht etc. verbunden werde, welche mit ihrer Thätigkeit in Gewächshäusern auch im Winter viele und sehr niedliche, die verschiedensten Individuen interessirende Beschäftigung biete.

Dir. Dr. *Sioli*-Frankfurt a./M.: Die Ausführungen des Herrn *Naecke* zeigen, dass er sich über die Familienpflege zu grosse Hoffnungen macht. Gerade die kleine Zahl, die in Bunzlau untergebracht werden können, der Umstand, dass dort auf 700 Kranke 30 schon zu viele sind, zeigt, dass man mit der Versetzung von Kranken dahin sehr vorsichtig sein muss und dass man auf grosse Entlastung der Anstalten hierdurch nicht rechnen kann. Namentlich wird sich die Familienpflege nicht für Kranke besserer Stände eignen, da sich für diese adäquate befriedigende Verhältnisse nicht finden lassen, schon, weil Leute besserer Stände sich nicht dazu hergeben.

Die Zahl der von Bremen aus untergebrachten Kranken ist allgemein nicht maassgebend, da die Einrichtung der Familienpflege dort eine ungenügende ist, und zweifellos viele Kranke untergebracht sind, die nur in eine geschlossene Anstalt gehören. Dies wird durch allerlei dort vorgekommene Zustände, namentlich mehrfache Schwängerungen (die von Herrn Dr. *Scholz* zugegeben werden) bewiesen. Die sehr erfreulichen Resultate Herrn *Moeli*'s sind leider auf die ländlichen Irrenanstalten nicht ganz zu übertragen, da in der Grossstadt wesentlich mehr Kranke in die Anstalt kommen und deshalb auch leichtere Fälle, als in der ländlichen Anstalt. Ich kann deshalb nur wiederholen, dass man den Versuch einer Familienpflege wohl fortsetzen kann, dass man sich davon aber keine weitgehenden Resultate für Entlastung der Anstalten versprechen kann.

Prof. *Hitzig*-Halle, durch den Vorstand darum ersucht, berichtet über Untersuchungen, welche Herr Dr. *Alt* in seinem Institut über Ausscheidung des subcutan injicirten Morphium durch den Magen angestellt hat.

Ihren Ausgangspunkt nahmen diese Untersuchungen von einer älteren Beobachtung des Vortragenden, nach welcher ein Hund, der das Erbrochene eines wenige Minuten vorher durch subcutane Morphiuminjectionen narkotisirten anderen Hundes gefressen hatte, kurze Zeit danach ebenfalls erbrach. Dadurch war die Vermuthung entstanden, dass in dem Erbrochenen sich ungeachtet der Kürze der zwischen Einspritzung und Erbrechen liegenden Zeit schon eine Menge Morphium befunden hatte.

Herr Dr. *Alt* wies nun zunächst das Morphium in dem Erbrochenen morphinisirter Hunde wirklich chemisch nach. Sodann bestimmte er mittelst Magenausspülungen, die in kurzen Zwischenräumen aufeinander folgten, die zeitliche Ausscheidung des Alkaloids in den Magen als beginnend $2^1/_4$ Min. nach der Injection und aufhörend 50—60 Min. nach der Injection. Wurde der Magen ausgespült, so trat kein initiales Erbrechen ein, ein Beweis, dass das Letztere als ein Reflexact, nicht aber als Folge einer directen Reizung von Centren der Oblongata aufzufassen ist. Auch die anderen Symptome der Morphiumvergiftung konnten durch die Ausspülung beseitigt oder abgeschwächt werden; insbesondere gelang es auch, die Thiere bei Einverleibung sonst absolut tödtlicher Gaben am Leben zu erhalten. Schon nach 0,17 g pro Kilogramm Hund sterben die Thiere, wenn sie nicht ausgespült werden, fast regelmässig; dagegen blieben 2 Thiere, denen sogar 0,24 pro Kilogramm beigebracht und dann der Magen ausgespült war, am Leben und erholten sich schnell. Die Magenausspülung ist also, so sonderbar das auf den ersten Blick scheinen mag, bei subcutaner Morphiumvergiftung eine lebensrettende Operation. Bei einer quantitativen Untersuchung des innerhalb 20 Min. ausgeheberten Spülwassers (Dr. *Baumert*) wurde $^1/_3$ des injicirten Morphiums bestimmt, so dass die Gesammtmenge des wirklich in den Magen ausgeschiedenen Morphiums auf die Hälfte der Injectionsmenge

geschätzt werden konnte. Controllversuche am Menschen ergaben analoge Resultate. Das medicinische und forensische Interesse dieser Ergebnisse liegt auf der Hand.

Keine Discussion.

Dr. *Moeli*-Dalldorf stellt den Antrag: Der Verein hält es im Interesse des Irrenwesens für nothwendig, dass bei Gelegenheit der Volkszählung am 1. December 1890 die Geisteskranken gezählt werden, und zwar mit der Unterscheidung, ob die Krankheit angeboren oder erworben sei.

Die Abstimmung am 13. Juni ergiebt Annahme des Antrags.

Sitzung am 13. Juni.

Der Vorsitzende bringt die Wahl eines Vertreters des Vereins für die zur Vorbereitung des X. internationalen Congresses zu Berlin 1890 berufenenen Delegirtenversammlung in Heidelberg zur Abstimmung. Dr. *Laehr*-Schweizerhof wird dazu gewählt.

Prof. Dr. *Grashey*-München. Ueber die Schrift Geisteskranker.[1])

Grashey hat sich zunächst die Aufgabe gestellt, zu untersuchen, wie lange Zeit Jemand gebraucht, um ein bestimmtes Wort zu schreiben. Er ist nach verschiedenen Versuchen zu folgendem Verfahren gekommen. In einem einfachen Holzrahmen eingespannt befindet sich zunächst das vollständig festliegende Papier, auf dem die Versuchsperson zu schreiben hat: unter diesem befindet sich ebenfalls ruhend eine Lage fortlaufendes Rollenpapier, das durch einen Motor fortlaufend und mit bekannter Geschwindigkeit von rechts nach links unter den beiden ruhenden Lagen fortgezogen wird. Es kommt so auf das ruhende Papier die eigentliche Schrift, auf das fortlaufende Papier durchgepaust die sogenannte „Geschwindigkeitscurve" der Schrift. Redner giebt dann zunächst solche Geschwindigkeitscurven herum: eigne Schrift, die gesunder Personen, solche von Paralytikern; die Unterschiede in der Geschwindigkeit sind colossale. Man muss unterscheiden zwischen der Handgeschwindigkeit (Bewegung von links nach rechts) und der Fingergeschwindigkeit (hauptsächlich von oben nach unten). Die Handgeschwindigkeit ergiebt sich, wenn man den Weg, welchen die Hand zurücklegt, multiplicirt mit dem Wege, welchen der Papierstreif in einer Secunde zurücklegt, und dieses Product dividirt durch die Differenz zwischen Länge der Geschwindigkeitscurve und Länge der Schriftprobe.

Die Fingergeschwindigkeit wird erhalten, wenn man den Weg, welchen die Finger zurückgelegt haben, mit dem Wege, den der Papierstreifen in einer Secunde zurücklegt, multiplicirt und dieses Product dividirt durch die Differenz zwischen Länge der Geschwindigkeitscure und Länge der

[1]) Ausführlicher in den späteren Heften dieser Ztschr.

Schriftprobe. Die Handgeschwindigkeit steht etwas im Belieben des Schreibenden, die Fingergeschwindigkeit viel weniger. Besonders schnell wird der Name geschrieben, dann folgen oft geschriebene Worte; lässt man während des Schreibens eines Wortes auf ein anderes dictirtes achten, so nimmt die Geschwindigkeit beträchtlich ab. Bei Paralytikern sind Hand- und Fingergeschwindigkeit sehr herabgesetzt. Bei einem Maniakalischen konnte die Geschwindigkeit nicht mehr gesteigert werden durch den Auftrag, möglichst rasch zu schreiben.

Keine Discussion.

Prof. Dr. *Binswanger* - Jena. Experimentelle Untersuchungen zur Pathogenese des epileptischen Anfalles. 3. Mittheilung. Reizversuche an subcorticalen Centren des Hundes; zugleich ein Beitrag zur Physiologie desselben.

Nachdem durch Arbeiten im Laboratorium der hiesigen psychiatrischen Klinik die subcortical erregten Krampfzustände bezüglich ihrer Localisation, des Modus ihrer Auslösung und ihrer Erscheinungsformen beim Kaninchen genauer erforscht worden waren[1]), hatte ich mir die Aufgabe gestellt, die vom verlängerten Mark und der Brücke des Hundes erzeugbaren Krampfformen, welche bislang merkwürdiger Weise noch niemals Gegenstand einer systematischen Bearbeitung gewesen sind, zu untersuchen. Die Methodik war hierbei die gleiche, wie bei den früheren Versuchen am Kaninchen, es wurde das Kleinhirn freigelegt, einestheils durch Trepanation über dem hinteren Grosshirnabschnitte und Freilegung der vorderen queren Hirnspalte, andrerseits Trepanation über die Hinterhauptsschuppe und Freilegung der Rautengrube vom Foramen Magendi aus. Die Versuche selbst bestanden in mechanischer und faradischer Reizung des Ventrikelbodens, in Stichversuchen (nach Analogie der *Nothnagel*'schen Experimente) und in Durchschneidungen des verlängerten Marks und der Brücke. Nur die letztere Untersuchungsmethode führte zu bestimmten Ergebnissen. Die faradische Reizung des vierten Ventrikels führte bei schwachen Strömen (16 bis 20 cm Rollenabstand, ein *Daniell*'sches Element), eine tonische Contraction der der Reizung gleichseitigen Musculatur des Schultergürtels, des Nackens und des Kopfes mit gleichsinniger Augenablenkung herbei. Diese Contraction überdauerte die Reizungszeit nicht. Am intensivsten waren diese motorischen Reizerscheinungen, wenn die Electroden in die vorderen und seitlichen Abschnitte der Rautengrube gebracht wurden. Irgendwelche Reizeffecte vom Charakter iso-

[1]) *Binswanger*, Prof. *O.*, Kritische und experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese des epileptischen Anfalles. Arch. f. Psychiatrie, Bd. XIX, Heft 3. 1888. *Ziehen*, Dr. *Th.*, Zur Physiologie der subcorticalen Ganglien und über ihre Beziehungen zum epileptischen Anfall. Verhandl. südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte. Freiburg i./B. 1888.

lirter oder allgemeiner Muskelkrämpfe mit Gliederbewegungen wurden hierbei nicht beobachtet. Aber auch von den hinteren Begrenzungsflächen der Rautengrube aus, also wenn die Electroden an die Clavae, die Corpora restiformia u. s. w. angesetzt wurden, ergaben unter bestimmten Voraussetzungen faradischer Reizungen gleiche Resultate; wenn nämlich, wie es in einigen Fällen geschehen ist, an Thieren experimentirt wurde, welchen früher (monatelang vorher) die motorische Zone der Grosshirnrinde entfernt worden war, oder wenn vorher totale Quertrennungen des Hirnstammes im Gebiet der Grosshirnschenkel stattgefunden hatten. Nach solchen Abtrennungen der Grosshirnhemisphären oder Auslöffelungen der psychomotorischen Rindenzonen bewirkten auch mechanische Reize, die die seitlichen Abschnitte des Ventrikelbodens trafen, z. B.: Berührungen mit stumpfen Nadeln, kurzdauernde Muskelspannungen. Die Durchschneidungsversuche ergaben bei Quertrennungen des Markes in dem hinteren Drittel der Rautengrube durchaus negative Resultate. Dieses hintere Drittel wird dorsal nach vorn durch die Tubercula acustica begrenzt, ventral entspricht dieser vorderen Begrenzungslinie der hintere Rand des Corpus trapezoides. Die Thiere zuckten im Momente des Schnittes zusammen, blieben dann aber ruhig liegen; die Wirkung der Durchschneidung gab sich fast ausschliesslich in einer Störung der Athmung kund, die uns an dieser Stelle nicht weiter beschäftigen soll. Dieses Versuchsergebniss wurde auch nicht geändert, wenn bei einer schräg nach vorn gerichteten Schnittführung ventral das Corpus trapezoides oder sogar das hintere (distale) Ende der Brücke mit durchschnitten war. Im mittleren Drittel der Rautengrube (dorsal vom Tuberculum acusticum bis zum vorderen Rande des Hilus der Kleinhirnhemisphären, ventral: dem hinteren Rande des Corpus trapezoides bis zum mittleren Drittel des Pons) ergaben reine Quertrennungen ebenfalls keine den Schnitt überdauernde motorische Reizerscheinungen. Bemerkenswerth sind: die im Moment des Schnittes auftretende leichte Pupillenerweiterung und die blitzartig auftretenden und rasch verschwindenden Contractionen des Augen- und des Ohrfacialis. Schrägschnitte aber, welche nach vorn und unten gerichtet, das mittlere und vordere (proximale) Drittel des Pons erreichten, bewirkten ausser den erwähnten vorübergehenden Facialiscontractionen gelegentlich scharf ausgeprägte und gesetzmässig die Reizung überdauernde Krampferscheinungen. Regelmässig traten dieselben aber erst auf, wenn der Schnitt das vordere Drittel der Rautengrube (dorsal: vom Hilus der Kleinhirnhemisphäre bis zum vorderen Winkel der Rautengrube, ventral: das mittlere und vordere Drittel des Pons) in Quer- oder Schrägschnitten durchtrennt hatte. Es zeigt sich dann das folgende Krampfbild: Die Thiere krümmen den Rücken katzenbuckelartig zusammen mit gleichzeitiger Verbiegung der Wirbelsäule nach rechts oder links, je nachdem der Schnitt in der rechten oder linken Ponshälfte eingesetzt hat, die Vorderbeine werden dann langsam nach vorn und aussen vorgeschoben und verharren in extremstem Strecktetanus; die

Hinterbeine erstarren wenige Augenblicke nachher; das Thier liegt auf dem Hintertheile, der Oberkörper ist halb aufgerichtet, durch die gestreckten Vorderbeine gestützt, der Kopf mässig gespannt, nach hinten aufgerichtet; die Hinterbeine straff an den Leib gezogen, und nach vorn und aussen gestreckt. Die Athmung stockt anfangs vollständig, der Thorax ist im Inspirationskrampf fassförmig aufgetrieben, und erfolgen erst 1 — 1½ Minuten später spärliche (16—18 in der Minute) kurz abgebrochene Athemstösse, welche wieder von längeren Athempausen (bis zu einer Minute) unterbrochen sind. Der Streckkrampf der Extremitäten schwindet langsam wieder, nachdem er bis zu 4½ Minuten nach Beendigung des Schnittes angedauert hat und zwar erschlaffen erst die Hinterbeine, dann die Vorderbeine. Ist der Schnitt von rechts nach links geführt, so erlischt erst der Krampf des linken, dann des rechten Hinterbeines, dann derjenige des linken und zuletzt des rechten Vorderbeines. Die Thiere liegen dann mit schlaffer Lähmung der gesammten Körpermusculatur, ohne jede Steigerung der Reflexerregbarkeit, unter Fortbestehen der oben erwähnten Störung der Athmung, welche dem *Cheyne-Stokes*'schen Athmungsphänomen sehr ähnlich ist. Nach durchschnittlich halbstündiger Dauer erlischt die Herz- und Athmungsthätigkeit, der Versuch wird aber meistens früher durch Durchschneidung des Halsmarkes oder mittelst Verblutung nach Carotidendurchschneidung beendigt. Verblutungskrämpfe sind hierbei nicht beobachtet worden.

Am ausgeprägtesten ist dieses Krampfbild, wenn der Schnitt durch den Locus coeruleus (Zusammenfluss der Trigeminuswurzeln) geführt wurde. Zu den erwähnten tonischen Krampfzuständen der Körpermusculatur gesellt sich dann noch eine tetanische Spannung der Kaumusculatur (Trismus). Pupillarveränderungen werden durch diese Durchschneidungen nicht hervorgerufen.

Es gelingt also beim Hunde von den vorderen Abschnitten des Brückentheils des verlängerten Marks aus mittelst mechanischer Reizungen und zwar, wie ich hier einschalten will, wahrscheinlich auf reflectorischem Wege einen tonischen Krampf des gesammten willkürlich erregbaren Muskelgebietes zu erzeugen, und ist damit der Beweis geliefert, dass an dieser Stelle eine Centralstation für tonische Krampfzustände dieser Körpermuskeln gelegen ist. Weiterhin lehren diese Versuche, dass die medullären Centren des Kaninchens für associirte Muskelbewegungen (Stoss-, Tret-, Strampel-, Laufbewegungen) beim Hunde im verlängerten Marke nicht vorhanden sind. Es wird weiteren Untersuchungen an höher gelegenen Abschnitten der Cerebrospinalaxe vorbehalten bleiben, den Sitz dieser Krampfformen mit und ohne Locomotion des Versuchsthieres aufzufinden. Das Eine darf aber schon heute ausgesprochen werden, dass eine medulläre Entstehung des zusammengesetzten Krampfbildes, welches wir epileptischen Krampf benennen, für den Hund völlig ausgeschlossen ist.

Keine Discussion.

Prof. Dr. *Kraepelin*-Dorpat, Ueber psychische Functionsstörungen (Autorreferat).

Nachdem Vortr. auf den Mangel brauchbarer Methoden hingewiesen hat, welche uns gestatten würden, auf psychischem Gebiete in ähnlicher Weise exacte Ausdrücke für Functionsstörungen zu finden, wie etwa bei Anomalien der Sensibilität und Motilität, berichtet er über Versuche, die theils von ihm selbst, theils auf seine Anregung hin von *Oehrn* und *Ejnér* angestellt worden sind, um zunächst für den Bereich gewisser intellectueller Vorgänge die Methoden einer psychischen Functionsprüfung auszuarbeiten. Wenn als Maass für die psychische Leistungsfähigkeit in erster Linie das Quantum der in der Zeiteinheit geleisteten Arbeit oder die Schnelligkeit des Ablaufs psychischer Processe gelten kann, so lag es nahe, an die schon in grösserer Anzahl vorliegenden Versuche über psychische Zeitmessungen anzuknüpfen. Allein diese Versuche erfordern einen schwer zu handhabenden technischen Apparat und bergen sehr viele Fehlerquellen in sich, so dass die bisher an Geisteskranken angestellten Beobachtungen mit geringen Ausnahmen thatsächlich als nahezu unbrauchbar angesehen werden müssen. Vortr. ging daher unter Anlehnung an gewisse Vorarbeiten Anderer darauf aus, continuirliche Reihen gleichartiger, gut definirbarer Einzelaufgaben von seinen Versuchspersonen lösen und in gleichmässigen periodischen Intervallen (von je 5 Minuten) das Quantum inzwischen geleisteter Arbeit markiren zu lassen. Die benutzten Aufgaben, die sich ganz an die practischen Verhältnisse des täglichen Lebens anschlossen, bestanden im Zählen von Buchstaben, Auswendiglernen von Zahlenreihen und sinnlosen Silbencombinationen, im Addiren einstelliger Zahlen, in halblautem Lesen, sowie Schreiben nach Dictat.

Die Grösse der Arbeitsleistung bot regelmässig gewisse Schwankungen dar, um so grösser, je schwieriger die Aufgabe war. Die individuellen Verschiedenheiten wuchsen ebenfalls mit der Schwierigkeit der Arbeit, nahmen aber mit steigender Uebung allmälig ab. In den einzelnen Versuchen waren die Schwankungen Anfangs gross, dann geringer, gegen das Ende wuchsen sie wieder an, um bisweilen schliesslich nochmals geringer zu werden. Damit parallel stieg die Arbeitsleistung Anfangs rasch, dann langsamer, um späterhin langsam und dann immer rascher wieder zu sinken. Offenbar entspricht die erste Phase dieser Vorgänge dem Einflusse der Uebung, während sich in der zweiten die Wirkung der Ermüdung wiederspiegelt. Dafür spricht auch die Analogie mit dem Verhalten der Zeitschätzung. Suchen wir ein bestimmtes Zeitintervall continuirlich hintereinander immer wieder zu reproduciren, so machen wir die reproducirten Intervalle mit wachsender Uebung immer grösser und grösser, weil uns die Zeit wegen der geringeren Anstrengung relativ schneller verfliesst; sobald wir indessen müde werden, nimmt die Grösse der reproducirten Zeitstrecken wieder ab, da uns nun schon nach kürzerer Zeit das gleiche Intervall verstrichen zu sein scheint, wie früher. Das Maass der psychischen Leistungsfähigkeit, welches wir

aus den Verhältnissen der Zeitschätzung gewinnen können, zeigt danach den gleichen Gang der Uebungs- und Ermüdungseinflüsse, wie wir ihn hier gefunden haben. Die Veränderungen der mittleren Schwankungen bei wachsender Ermüdung (anfängliche Zunahme, spätere Abnahme mit raschem Sinken der Leistung) erinnern an die von *Rieger* und *Tippel* für die musculäre Ermüdung gefundenen Vorgänge. Der Einfluss der Uebung ist am grössten bei bis dahin wenig geübten, derjenige der Ermüdung dagegen bei complicirten, die Aufmerksamkeit sehr in Anspruch nehmenden Leistungen. Beide Einflüsse sind daher wohl in ihrer Richtung antagonistisch, ihre gegenseitige Grösse dagegen variirt sehr nach der Art der Arbeit, nach der Individualität und nach der momentanen Disposition. Annähernd lassen sich diese Verhältnisse aus der Schnelligkeit, mit welcher die Leistung wächst und wieder abnimmt, beurtheilen, man kann daher hier gewisse Zahlenwerthe für die Uebungsfähigkeit und die Ermüdbarkeit eines Menschen in Beziehung auf eine bestimmte Arbeitsleistung auffinden.

In der Regel wirken Uebung und Ermüdung untrennbar zusammen. Die reine Ermüdung kann man allenfalls bei maximaler Uebung in einer bestimmten Function untersuchen. Da die Ermüdung eine rasch vorübergehende, die Uebung eine dauernde, nur durch das „Vergessen" sich allmälig zurückbildende Veränderung erzeugt, lässt sich auch die „reine" Uebung annähernd durch Einschiebung von Erholungspausen „studiren", welche den Einfluss der Ermüdung immer wieder beseitigen. Man macht dabei regelmässig die Erfahrung, dass nach den Pausen die Leistung sofort grösser ist, als sie vorher war; bei langer Dauer des Versuches müssen dabei allerdings die Pausen progressiv wachsen, um die Ermüdung wieder völlig zu beseitigen. Die reine Uebung zeigt die Tendenz, die Arbeitsleistung dauernd zu vergrössern und die Schwankungen zu verringern, dabei nimmt sowohl die Uebungsfähigkeit, wie die Ermüdbarkeit ab.

Die Abhängigkeit der Leistungsfähigkeit von der momentanen Disposition macht es nothwendig, nicht nach einem einzelnen Versuche zu urtheilen, sondern stets auch die Gleichmässigkeit der untersuchten Functionen innerhalb kürzerer und längerer Zeiträume in Betracht zu ziehen. Die tägliche Erfahrung, wie eigens darauf gerichtete Versuche zeigen, dass namentlich gewisse Tagesschwankungen der psychischen Leistungsfähigkeit existiren, insofern manche Individuen Morgens, andere Abends ein Maximum derselben aufzuweisen haben. Die Richtung und Grösse dieser Schwankungen werden ebenso für die Beurtheilung der psychischen Constitution Werth gewinnen können, wie die Veränderungen der Arbeitsleistung unter der Einwirkung ablenkender, zerstreuender Momente oder gewisser Medicamente (Alkohol, Thee), von denen Vortr. durch neue Versuche hat nachweisen können, dass sie in eigenthümlich antagonistischer Weise die Auffassung und Verarbeitung äusserer Eindrücke anders beeinflussen, als die motorischen Functionen.

Auf diese Weise löst sich schon jetzt der nur anscheinend einfache

Begriff der psychischen Leistungsfähigkeit in eine ganze Reihe von einzelnen Componenten auf, welche einer gesonderten exacten Untersuchung zugänglich sind. Nicht berücksichtigt wurde bei den bisher besprochenen Versuchen das sehr wichtige Element der Qualität der geleisteten Arbeit. Vortr. hatte Gelegenheit, diese Seite der psychischen Leistungen bei Versuchen über die Dauer von Vorstellungsassociationen zu studiren. Es wurden systematisch an aufeinander folgenden Tagen Associationen zu denselben Gruppen von Reizworten gebildet und zugleich die einzelner Zeiten mit Hülfe des Hipp'schen Chronoskops gemessen. Hinsichtlich des Einflusses von Uebung und Ermüdung auf die Dauer des Vorganges und deren mittlere Schwankungen ergeben sich dem oben Angeführten analoge Resultate. Ueber den Inhalt der Associationen wurde eine Statistik aufgestellt, welche die geleistete Arbeit in innere und äussere Vorstellungsverbindungen ordnete. Es stellte sich heraus, dass in der zweiten Hälfte jeder Versuchsreihe mit dem Auftreten von Ermüdungserscheinungen (Verlängerung und grösserer Unregelmässigkeit der psychischen Zeiten) ausnahmslos die äusseren, auf Gewöhnung und Klangähnlichkeit beruhenden Verbindungen auf Kosten der inneren, durch ein logisches Band aneinander geknüpften Associationen eine beträchtliche Zunahme zeigten. Gleichzeitig nahm auch die Festigkeit der Vorstellungsverbindungen regelmässig ab, was sich in dem häufigeren Auftreten neuer, bis dahin nicht vorgekommener Associationen documentirt.

Diese kurzen Andeutungen, welche nur einen vorläufigen Ueberblick über einige Resultate sehr umfangreicher Versuchsreihen geben können, sollen vor Allem dazu dienen, darzuthun, dass und auf welche Weise etwa auch Functionsprüfungen auf psychischem Gebiete möglich sind. Ohne Zweifel sind die Schwierigkeiten grosse, und es wird noch einer gründlichen Durcharbeitung aller einzelnen Methoden bedürfen, bevor man dieselben auf das pathologische Gebiet mit Erfolg wird übertragen können; beherrschen wir sie aber einmal vollständig, so wird sicherlich nicht nur die Psychopathologie, sondern auch die Klinik der Gehirnkrankheiten vielfachen Nutzen von ihnen zu ziehen im Stande sein.

Discussion:

Prof. *Grashey* fragt den Herrn Vortragenden, ob die Ordinatenwerthe absolute oder relative seien und welches Maass denselben zu Grunde gelegt werde. Ferner fragt er, ob die Versuchsperson durch die Aufgabe, selbst die Zeiteintheilung während des Versuchs vorzunehmen, nicht abgelenkt und dadurch in der Lösung der Hauptaufgabe behindert werde.

Prof. *Kraepelin* ertheilt die gewünschte Auskunft.

Dr. *Werner*-Roda, Ueber die psychiatrische Nomenclatur „Verrücktheit" und „Wahnsinn".

Das Thema, das zu berühren ich heute mir gestatten will, ist keineswegs ein neues; schon viel ist im Allgemeinen und Speciellen darüber

geschrieben worden, noch viel mehr vielleicht in kleineren oder grösseren Fachkreisen gesprochen, doch in einer so ausgewählten und zahlreichen Versammlung von Fachgenossen wohl kaum zur Sprache gebracht worden. Ich bin auch im Voraus überzeugt, dass ich auf so manchen Widerspruch stossen werde, bin mir der Schwierigkeiten wohl bewusst, wiewohl ich auf der anderen Seite die feste Ueberzeugung habe, dass in der Sache mir gewiss Niemand Unrecht geben wird.

Die beiden Ausdrucksweisen „Verrücktheit“ und „Wahnsinn“ sind gerade in der neuesten Zeit von unsern bedeutendsten modernen Psychiatern so verschiedenartig gebraucht worden, dass es sich wohl der Mühe lohnen dürfte, darauf einmal näher einzugehen, zuvörderst aber eine kurze Vorgeschichte der beiden Wörter vorauszuschicken.

Der Ausdruck „Verrücktheit“ — ich sehe dabei von der Laienbezeichnung ab, wonach kurzweg jeder Geistesgestörte mit „verrückt“ benannt wird — ist als psychiatrische Benennung einer Krankheit ein sehr alter. *Griesinger* spricht in seiner ersten Ausgabe der Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten vom Jahre 1845 von „Verrücktheit“ und beschreibt damit eine secundäre unheilbare Erkrankung mit ausgesprochenen Verfolgungs- und besonders Grössenideen, der er den Namen „partielle Verrücktheit“ giebt; er kennt aber auch eine allgemeine Verrücktheit und versteht darunter einen Zustand hochgradiger Verwirrtheit, wobei die Kranken zwar noch einige äussere Lebendigkeit und Beweglichkeit zeigen, aber schon in hohem Maasse dement sind. Es handelte sich dabei also nur um secundäre, unheilbare Zustände, die *Griesinger* so benannt wissen wollte und womit er trotz oft genug erhobener Widersprüche des In- und Auslandes schliesslich bestimmend durchdrang, wobei das Handbuch schon das seinige that. Auch als *Snell* 1865 in Hannover mit seinen Beobachtungen heraustrat und von einer Form der geistigen Krankheit sprach, die er primäre Monomanie nannte, sträubte sich *Griesinger* Anfangs energisch dagegen, und erst zwei Jahre darnach liess er sich belehren, überzeugte sich von der protogenetischen Bildung dieser Zustände und nannte die Krankheit oder Psychose primäre Verrücktheit. Ein Jahr später modificirte *Sander* diese primäre Verrücktheit und beschrieb eine besondere Form derselben, die originäre Verrücktheit, wobei der Autor ganz besonders den Ausdruck „Verrücktheit“ als den richtigen bezeichnete, weil der Standpunkt dieser Kranken, von wo aus sie ihr Verhältniss zur übrigen Welt beurtheilen, von der normalen Stelle gerückt, also verrückt ist. *Griesinger*'s Schüler hielten an der primären Verrücktheit fest, und *Westphal* war es, der auf der 49. Naturforscher-Versammlung zu Hamburg 1876 eine Klassification und Aetiologie der primären Verrücktheitsformen vortrug und damit für eine beträchtliche Anzahl seiner Fachgenossen überzeugend und beeinflussend sprach, trotzdem *Hertz* wenige Monate nachher in einem Vortrage in Bonn sich direct gegen die Benennung „Verrücktheit“ aussprach und dem „Wahnsinn“ das Wort redete, um nicht, wie er

sagte, das Wort „Wahnsinn“ ganz einzubüssen, ferner weil nach seiner Meinung „Verrücktheit“ für die primären, acuten und zur Heilung gekommenen Fälle nach der ganzen psychiatrischen Tradition nicht passt, auch gar nicht das charakterisirende und wesentliche Element der Krankheitsart, das doch mit Hallucinationen anfängt und aufhört, daraus hervorleuchtet.

Die Ausdrucksweise „Wahnsinn“, deren Vorgeschichte bis zur Jetztzeit ich hier anschliessen will, ist ebenfalls eine althergebrachte Bezeichnung. Ich verweise nur auf das preussische Landrecht vom Anfang dieses Jahrhunderts, das bekanntlich den für wahnsinnig, also einen mit Wahnsinn Befallenen, erklärt, der gänzlich seiner Vernunft beraubt ist, *Griesinger*, als Apostel der neuern Psychiatrie, kennt auch einen „Wahnsinn“ und beschreibt damit eine Krankheitsform, die sich vorzugsweise aus einem vorausgegangenen Stadium melancholicum entwickelte, wobei der Kranke einzelne Wahnideen fixirt, sich hineinlebt und schliesslich in einen wesentlich neuen Zustand eintritt, von dem aber der Kranke auch genesen kann. Die Krankengeschichten, die er dabei bringt, sind nicht sehr klar und drastisch, erinnern einmal sehr an schwere Formen der Manie und die eine ganz besonders an die typische Form der Paralyse. Da trat, wie schon oben kurz erwähnt, 1865 *Snell* mit seiner Monomanie oder Wahnsinn als primärer Form der Seelenstörung heraus und versetzte damit der *Griesinger*'schen Lehre den ersten tödtlichen Schlag; weil bei dieser Form die Gesammtheit des geistigen Lebens weniger ergriffen wird, als bei den andern Arten der Geistesstörung, hielt *Snell* die Bezeichnung Monomanie nicht für unpassend. Auch er konnte sich damals noch nicht von der *Esquirol*'schen Ansicht trennen, der, wie bekannt, den Ausdruck Monomanie für Störungen eingeführt hatte, wobei die Geistesthätigkeiten nur nach einer Richtung hin, entweder auf die Vorstellungen oder auf die Willenssphäre bezüglich, erkrankt sein sollten. *Snell*'s Beobachtungen fanden zahllose Bestätigung anderer Fachgenossen, auch die *Griesinger*'s, und als er 1873 in Hannover seine Eintheilungen des Wahnsinns in primären oder eigentlichen Wahnsinn (die Bezeichnung Monomanie hatte er inzwischen fallen gelassen) und secundären oder uneigentlichen Wahnsinn, hervorgegangen aus Melancholie oder Manie oder Epilepsie vortrug, fand er fast ungetheilten Beifall. Seine Schule, der sich auch Andere, wie *Nasse*, *Hertz*, *Schäfer* anschlossen, behielt diese Nomenclatur bis in die Neuzeit hinein bei im Gegensatz zu *Griesinger* und seinen Schülern, die wie schon erwähnt, dafür das Wort „Verrücktheit“ gewählt hatten.

Bis hierhin konnte man sich leicht zurechtfinden, der *Snell*'sche „Wahnsinn“ und die *Griesinger*'sche „Verrücktheit“, wenn ich so sagen darf, gingen im Allgemeinen gleichbedeutend neben einander her. — Nun, meine Herren, wie werden die beiden Ausdrücke jetzt gebraucht? Um diese Frage zu beantworten, muss ich zunächst der modernsten und am

meisten in Deutschland verbreiteten Lehr- und Handbücher Erwähnung thun, deren Autoren mit ihren Anschauungen und Eintheilungen bez. Nomenclaturen entschieden bestimmend einwirken und besonders die Anfänger in der Psychiatrie am natürlichsten beeinflussen, ich meine das Lehrbuch der Psychiatrie von *v. Krafft-Ebing*, die klinische Psychiatrie, wie sie neuerdings genannt wird, von *Schüle* und das Compendium der Psychiatrie von *Kraepelin*.

v. Krafft-Ebing hat sich der *Griesinger*'schen Nomenclatur mehr zugeneigt und gebraucht mit einer Ausnahme, der ich weiter unten spezieller Erwähnung thun will, den Ausdruck „Verrücktheit". Er rechnet bekanntermaassen die primäre Verrücktheit zu den psychischen Entartungen und beschreibt dieselbe im Anschluss an die Folie raisonnante und das moralische Irresein als eine zumeist unheilbare Psychose. Der Autor kennt aber auch eine secundäre Verrücktheit, hervorgegangen aus Melancholie, seltner Manie, mit einem Wort, wo das Wahnsystem, das früher manchen Veränderungen unterworfen war, ein fixes geworden ist, der Kranke von sich und der Welt eine ganz andere Anschauung bekommen hat.

Soweit ist das Alles ganz schön und übersichtlich. Da taucht auch der Ausdruck „Wahnsinn" auf, womit *v. Krafft-Ebing* eine geistige Erkrankung beschreibt, die man kurzweg im Wesentlichen als Inanitionspsychose bezeichnen könnte. Die Prognose dieser Krankheit, zu der auch eine grosse Anzahl der sogenannten Puerperal- und Alkohol-Psychosen gerechnet wird, hält der Autor für günstig, weshalb er diesen hallucinatorischen Wahnsinn auch im Anschluss an die Melancholie und Manie abhandelt. „Einen Uebergang in Verrücktheit" sagt er dabei, „habe ich nie gesehen!" Das heisst mit anderen Worten, er will die Ausdrucksweise „Verrücktheit" für diese Form der Erkrankung keineswegs gebraucht wissen, genau „Verrücktheit" von „Wahnsinn" unterscheiden. Und doch giebt er selbst zu, dass sein sogenannter hallucinatorischer Wahnsinn identisch ist mit *Westphal*'s acuter primärer Verrücktheit; er ist auch ferner identisch mit *Mendel*'s Mania hallucinatoria, *Fritsch*'s resp. *Meynert*'s hallucinatorischer Verrücktheit.

Kraepelin kennt nur eine Verrücktheit, er spricht von einer primären, die entweder angeboren (originär) oder im Laufe der individuellen Entwicklung erworben sein kann, und von einer secundären Form, die als Endstadium aus einer psychischen Krankheit hervorgegangen ist.

Schüle endlich beschreibt erst einen chronischen und acuten Wahnsinn und unterscheidet dann zunächst den chronisch depressiven Wahnsinn (den eigentlichen Verfolgungswahn, wohin auch der hypochondrische und onanistische Wahnsinn gehört) und den chronisch expansiven Wahnsinn, weiter den acut primären Wahnsinn mit seinen Untergruppen, nämlich dem acut hallucinatorischen, dem acut melancholischen, dem acut expansiv manischen und dem acut stuporösen Wahnsinn; in einem besonderen Kapitel bespricht er endlich noch den attonischen Wahnsinn. Bezüglich der Pro-

gnose kann nach seiner Meinung sowohl der chronische, als auch der acute Wahnsinn in Genesung übergehen. *Schüle* hat aber auch die Nomenclatur „Verrücktheit", er will dieselbe speciell gebraucht wissen von der originären Verrücktheit (*Sander*) und behandelt ferner noch eine Form der geistigen Störung, die episodisch vorkommt, Wochen, Monate und länger andauern und schliesslich auch in Genesung übergehen kann, die er „abortive Verrücktheit" nennt.

Nun, meine Herren, Sie sehen, wie recht verschieden die Bezeichnungen und Krankheitsbenennungen dieser eben angeführten Autoren sind, wie besonders *Schüle* und *v. Krafft-Ebing* in ihren Nomenclaturen von einander abweichen, jeder für sich in durchaus entgegengesetzter Weise die Ausdrücke „Verrücktheit" und „Wahnsinn" angewendet wissen will. Dies hat zunächst zur Folge gehabt, dass beide Worte durch einander gleichbedeutend gebraucht wurden; dies wäre, wenn es die einzige Consequenz gewesen wäre, die beste, natürlichste und unschädlichste gewesen. Oder ferner, man suchte für bestimmte Krankheitsformen nach anderen Namen; so hat neuerdings erst *Mayser*, weil er den *v. Krafft-Ebing*'schen „Wahnsinn" durchaus nicht für passend hält, dafür acutes asthenisches Delir vorgeschlagen. Nun, damit ist nach meiner Meinung der Sache wenig gedient, damit wird vielleicht die Verwirrung noch grösser, und es kommt schliesslich dahin, möglicherweise ist es schon dahin gekommen, dass wir einander selber nicht mehr verstehen. Ich will hier kurz zur Illustration des Gesagten eine Krankengeschichte berühren, die gewiss Jeder von Ihnen in den Hauptzügen aus eigner Erfahrung angeben kann, die aber so recht zeigen soll, wie total verschieden die Diagnose lautet, obwohl der Fall selbst äusserst klar und einfach ist.

Eine junge Frau, deren Eltern stets gesund waren, deren eine Schwester aber in Folge eines Falls auf den Kopf epileptisch geworden ist, die früher an Chlorose gelitten hat, seit wenigen Jahren verheirathet ist, erkrankte im II. Puerperium an einem parametritischen Exsudat und wird nachher plötzlich erregt, erklärt sich für den lieben Gott, redet wirr durcheinander, meint bald der beste, bald der schlechteste Mensch zu sein, hört immer die Stimme ihrer Mutter, ihres Kindes, drängt aus dem Bett, will nichts geniessen, weil sie vom lieben Gott gehört habe, dass sie wegen ihrer Schlechtigkeit nichts geniessen dürfe, schläft des Nachts schlecht, bedarf der beständigen Aufsicht und Beobachtung. Wochen, Monate vergehen, die Kranke ist einmal mehr, einmal weniger unruhig, hallucinirt lebhaft, äussert Persecutionsideen, schliesslich wird sie allmälig klarer, ihre Reden geordneter, die vorher lange cessirten Menses stellen sich wieder ein, und es kommt zur Genesung.

Wie lautet die Diagnose? Diese Form würde *Mendel* mit Mania hallucinatoria, *Westphal* mit acuter primärer Verrücktheit, *v. Krafft-Ebing* mit hallucinatorischem Wahnsinn, *Wille* mit Verwirrtheit bloshin, *Mayser* mit

asthenischem Delir bezeichnen und wie die anderen Diagnosen noch alle lauten würden.

Und nun denken Sie sich einen jungen Anfänger, der sich vervollkommnen will und zu dem Behufe die besten und gebräuchlichsteu Lehrbücher studirt. Ich weiss aus eigener Erfahrung von mir selbst und habe gerade in Roda, wo der Wechsel der Assistenzärzte ein ziemlich häufiger ist, wiederholt erlebt, wie die jungen Collegen rathlos der rein formellen Sache gegenüberstanden und keinen Ausweg, keine Klarheit fanden. Aber auch älteren Psychiatern wird es oft schwer, sich aus dem Chaos von Ausdrücken für dieselbe Sache herauszufinden und besonders, wenn aus verschiedenen Schulen hervorgegangen, sich gegenseitig gleich zu verständigen. Und nun ferner bei Begutachtungen dem Richter gegenüber, wobei Sachverständige fungiren, von denen Jeder seine ihm eben geläufige und bewährte Nomenclatur hat. Ich kann mir nicht denken, dass der so oft wenig gläubige Richter an Vertrauen gewinnen wird, wenn er zwei oder mehrere nach seiner Meinung verschiedene Krankheitsnamen liest, von denen jeder in energischer und gewiss logischer Weise vertheidigt ist.

Das Alles, meine Herren, sind Zustände, die, obwohl ganz äusserlicher Natur, nicht gerade sehr erquicklich sind, und für die schwerlich Analoga, vornehmlich in der medicinischen Wissenschaft, aufzufinden sein möchten. Dürfte da nicht eine Verbesserung angebracht, wenigstens angestrebt werden? Ich sehe, wie schon Anfangs betont, sehr wohl ein, wie schwer es sein mag, von einem alten liebgewordenen Ausdruck Abschied zu nehmen und in einem ganz äusserlichen Interesse, der Allgemeinheit und des Einheitlichen wegen, einen anderen zu gebrauchen. Ich bin mir auch sehr wohl bewusst, dass vielleicht dieser oder jener Name gar nicht so schnell austilgbar ist, aber ich sollte doch meinen, dass es eine dankbare und nicht von der Hand zu weisende Bestrebung wäre, damit anzufangen, den Wirrwar, der durch die verschiedenen und verschiedenerleien Nomenclaturen in der psychiatrischen Welt entschieden verursacht worden ist und unfehlbar besteht, aus der Welt zu schaffen und einheitlich in dieser formellen Sache vorzugehen.

Mein Vorschlag geht daher dahin, die Ausdrücke „Verrücktheit“ und „Wahnsinn“ in diagnostischer Hinsicht zu vermeiden und dafür das griechische Wort Paranoia ständig zu gebrauchen. Das Wort „Verrücktheit“ möchte ich deswegen gern aufgeben, weil der Laie, wie schon oben erwähnt, damit alle geistigen Störungen kurz benennt, auch sonst das Wort „verrückt“ despectirlich von einem sonderbaren, verschrobenen Menschen gebraucht wird, besonders aber deshalb, weil die Diagnose „Verrücktheit“ einen Kranken, wenn er sie einmal, was trotz der grössten Vorsicht passiren kann, erfährt, in Aufregung versetzen wird und damit einen entschieden schädlichen Einfluss ausüben kann. Aehnliches gilt von dem Worte „Wahnsinn“, das bekanntlich im Laienmunde ebenfalls existirt und

von einer im höchsten Grade verkehrten Person, die dabei geistig ganz gesund sein kann, angewendet wird, ausserdem aber im preussischen Landrecht von einem Alienaten gebraucht wird, der völlig seiner Vernunft beraubt ist. Man ist ja sonst in der Medicin stets bestrebt, für bestimmte Krankheiten Fremdwörter, theils lateinischer, theils griechischer Natur zu gebrauchen, warum soll man denn in der Psychiatrie eine Ausnahme machen, zumal die anderen psychiatrischen Nomenclaturen bereits in fremder Sprache gewählt sind? Auch, meine ich, erheischt es die Rücksicht auf die Kranken und weiter die Angehörigen derselben, sich einer Ausdrucksweise für eine bestimmte Krankheitsform zu bedienen, die nicht allgemein verständlich ist. Ich würde demnach die Nomenclatur Paranoia, die ja keineswegs neu ist, *Mendel* besonders für die moderne psychiatrische Nomenclatur schon früher vorgeschlagen hat, für geeignet finden und darnach unterscheiden:

1) die acute primäre Paranoia, zu der dann auch die hypochondrische, hysterische, originäre Paranoia zu rechnen wäre, ferner

2) die chronisch primäre Paranoia,

3) die acute hallucinatorische Paranoia, wozu beispielsweise die Inanitionspsychosen im Sinne des v. *Krafft-Ebing*'schen hallucinatorischen Wahnsinns gezählt wurden; dann weiter der Ausgang der letzteren,

4) die chronisch hallucinatorische Paranoia, und endlich

5) die secundäre Paranoia, das Ausgangsstadium resp. Uebergangsstadium aus einer andern psychischen Erkrankung.

Ich bin am Ende; ich habe mich absichtlich, soweit wie möglich, der kritischen Bemerkungen enthalten und lediglich nur die Facta kurz vorzubringen mir erlaubt.

Die Thatsachen sprechen, möchten sie es nicht umsonst gethan haben!

Discussion:

Prof. *Kirn*-Freiburg: Wir sind dem Vortragenden zu Dank verpflichtet, ein altes Thema wieder einmal auf die Tagesordnung gesetzt zu haben. Thatsächlich werden die Bezeichnungen „Wahnsinn" und „Verrücktheit" von den verschiedensten Autoren für den gleichen Zustand angewandt. Der sonst so verdienstvolle *Griesinger* hatte unter der Bezeichnung Wahnsinn einen nicht naturwahren Zustand geschildert; *Snell* und *Herz* bezeichneten als Wahnsinn ganz das gleiche Krankheitsbild, dem *Sander*, *Westphal* u. A. die Bezeichnung „primäre Verrücktheit" beilegten, den ersteren hat sich neuerdings *Schüle* in seiner klinischen Psychiatrie beigesellt. Endlich ist es *Mendel*, dem der Verdienst zukommt, wieder auf den alten Namen „Paranoia" für den gleichen Krankheitszustand aufmerksam gemacht zu haben, dessen allgemeine Wiedereinführung unser Vortragende empfohlen hat. Ich möchte nun einen anderen Standpunkt vertreten. Auf der Thatsache fussend, dass der „Wahnsinn" und die „Verrücktheit" verschie-

dene Krankheitsbilder zeigen, je nachdem sie primär oder secundär auftreten, möchte ich den Vorschlag machen, der primären Form die Bezeichnung „Wahnsinn", der secundären dagegen die Bezeichnung „Verrücktheit" zu geben. Diese Unterscheidung wird auch dem Krankheitswesen ganz gut entsprechen, indem bei der primären Form die affectvolle Herrschaft eines Wahngebildes in den Vordergrund tritt, bei der secundären dagegen die geistige Schwäche, somit eine Verrückung des Denkens, eine Verrücktheit besonders zu betonen ist. Die Bezeichnung Paranoia bietet allerdings den Vortheil als Fremdwort die dem Publicum vielleicht anstössigen, beiden anderen Bezeichnungen zu vermeiden, allein wir haben bei ihr auch wieder das gleiche Wort für verschiedene Krankheitsbilder.

Dr. *Snell*-Hildesheim spricht sich dahin aus, dass Verrücktheit von den älteren deutschen Psychiatern für ausgeprägten Blödsinn gebraucht wurde, während Wahnsinn für Paranoia, im jetzigen Sinne gebraucht, in Anwendung kam.

Prof. *Mendel*-Berlin: Dem Herrn Vortragenden ist wohl meine Arbeit über Paranoia in der *Eulenburg*'schen Realencyklopädie entgangen. Sein Ausdruck Paranoia, der schon im vorigen Jahrhundert von *Vogel* gebraucht worden ist, später von *Heinroth*, wurde von mir — ich glaube, es war im Jahre 1881 in einem Vortrage der Psychiatr. Gesellschaft in Berlin — empfohlen statt des Wortes „Verrücktheit" gebraucht zu werden. Er hat sich seitdem mehr und mehr eingebürgert und, worauf ich besonderen Werth lege, auch im Ausland, speciell in Italien, Amerika, auch in Frankreich (*Séglas*). Im Uebrigen kann ich mich mit der von dem Herrn Vortragenden vorgeschlagenen Eintheilung nur einverstanden erklären, ich habe dieselbe in dem citirten Artikel ganz in derselben Weise vorgeschlagen. Für den Ausdruck „Wahnsinn" finde ich keinen besonderen Platz und ich kann mich deswegen mit den Ausführungen des Herrn *Kirn* nicht einverstanden erklären. Nothwendig würde allerdings sein, wozu heute keine Zeit, an speciellen Krankengeschichten nachzuweisen, dass die Fälle, welche als „Wahnsinn" bezeichnet werden, sich leicht unter andere allgemein acceptirte Formen einreihen lassen.

Prof. *Wernicke*-Breslau: So misslich die vom Collegen *Werner* geschilderten Zustände sind, so wenig glaube ich, dass es in unserer Macht steht, ihnen abzuhelfen. Der Ausdruck Paranoia wird, wie ich constatiren möchte, schon allerwärts für dasjenige, was die eine Schule „Wahnsinn", die andere „Verrücktheit" nennt, angewendet. Insofern kann ich mich mit dem Antrage des Herrn Vortragenden einverstanden erklären. Ueberhaupt glaube ich, dass eine gewisse Einmüthigkeit im Gebrauch des Wortes Wahnsinn oder Verrücktheit thatsächlich herrscht, so dass das Bedürfniss, sich darüber zu vereinbaren, garnicht so dringlich ist. Aber dem Einen wollen wir uns doch nicht verschliessen, dass wesentlich der Stand unserer Wissenschaft daran schuld ist, dass wir eine einheitliche Nomenclatur noch nicht haben.

Es ist auch gar keine Aussicht, sich darüber zu verständigen, oder wird erst dann Aussicht dazu sein, wenn wir die zahlreichen psychischen Krankheiten, an deren Vorhandensein wir nicht zweifeln, erkennen und von einander abzugrenzen gelernt haben werden.

Prof. *Kraepelin*-Dorpat spricht sich gegen die Zusammenfassung der acuten, heilbaren und vorzugsweise aus äusseren Ursachen hervorgehenden Psychosen mit den chronischen, unheilbaren, constitutionellen Formen unter der gemeinsamen Bezeichnung der „Verrücktheit" aus.

Prof. *Mendel*-Berlin: Gegen die Prognose als entscheidendes Moment für die Eintheilung möchte ich Widerspruch erheben. Die Prognose ist bekanntlich etwas sehr Unsicheres. Aus der Paranoia acuta entwickelt sich öfters eine Paranoia chronica und es erscheint ebensowenig gerechtfertigt, diese letztere mit einem besonderen Namen zu benennen, wie man eine Nephritis chronica, welche aus einer acuten Nephritis hervorgeht, mit einem anderen Namen belegt.

Prof. *Hitzig* (zur Geschäftsordnung) beantragt Schluss der Debatte.

Prof. *Kirn* schliesst sich an und beantragt die Discussion über die Frage auf die nächste Tagesordnung zu setzen und einen Referenten und Correferenten zu wählen.

Prof. *Hitzig* schlägt als solche Proff. *Kraepelin* und *Mendel* vor.

Prof. *Wernicke* legt Widerspruch gegen den Antrag *Kirn* ein mit der Motivirung, dass die Frage noch nicht spruchreif sei.

Prof. *Mendel* befürwortet eine Fortsetzung der Discussion in der nächsten Vereinssitzung.

Die Abstimmung ergiebt eine Majorität für den *Kirn*'schen Antrag.

Die Referenten werden vom Vorstand bestimmt werden.

Die ausscheidenden Vorstandsmitglieder *Pelman* und *Westphal* werden durch Acclamation wiedergewählt.

Bruns. *Laehr.* *Ziehen.*

Als neue Mitglieder treten in den Verein ein[1]):

361. Dr. *Zenker*, San.-Rath u. Director der Privatheilanst. Bergquell bei Stettin.

[1]) Vgl. Bd. XVII, Anh. XVIII, 791. XIX, 587. XXI, Suppl. S. 66. XXII, 208, 333, 451. XXIV, 720. XXV, 61. XXVI, 706. XXIX, 103, 473. XXX, 578. XXXII, 194. XXXIII, 59. XXXIV, 108, 705. XXXV, 520. XXXVI, 678. XXXVII, 572. XXXVIII, 728. XXXIX, 677. XL, 623. XLI, 646. XLII, 513. XLIII, 317. XLIV, 499. XLV, 523.

362. Dr. *Fries*, Director der Prov.-Irrenanst. zu Nietleben.
363. Dr. *Buttenberg*, Ass. der Irrenanst. zu Rybnik.
364. Dr. *Freund* in Berlin.
365. Dr. *Haardt*, Ass. der Prov.-Irrenanst. „Rittergut Altscherbitz".
366. Dr. *Herzog*, Ass. der psych. Klinik zu Halle.
367. Dr. *Kroemer*, Director der Prov.-Irrenanst. zu Neustadt i. Westpr.
368. Dr. *Naecke*, Ass. der Landesirrenanst. zu Hubertusburg.
369. Dr. *Wernicke*, Med. Rath u. Director der psych. Klinik zu Breslau.
370. Dr. *Wulff*, Director der Idiotenanstalt zu Langenhagen.
371. Dr. *Ziehen*, Privatdocent u. Ass. der psych. Klinik zu Jena.

Literatur.

Das Recht im Irrenwesen kritisch, systematisch und codificirt. Mit Benutzung einer Nachricht über den Gesetzentwurf Leon Gambetta's. Von *Eduard August Schroeder*. Zürich u. Leipzig. Orell Füssli u. Co. 1890. 152 S.

Ich habe lange geschwankt, ob ich das vorliegende Buch zum Gegenstande einer Besprechung machen sollte: Zunächst nämlich war ich der Meinung, dass es sich überhaupt um keine ernstgemeinte Arbeit handele, und als ob sich Herr *Schroeder* einen — allerdings schlechten — Scherz habe machen wollen. Doch damit that ich ihm Unrecht, und bitte ich ihm dieses Unrecht ab. Ich habe den Herrn Verfasser hierin überschätzt, und es ist ihm, wie ich ihm zugestehen will, wirklich Ernst mit seinem Recht im Irrenwesen.

Dann wieder war ich meiner Sache nicht ganz gewiss, ob nicht das Buch seine Entstehung einer unliebsamen näheren Bekanntschaft des Verfassers mit einer Irrenanstalt verdanke und eigentlich in die Kategorie jener Schriften gehöre, die ihr Tageslicht im Selbstverlage der Verfasser zu erblicken pflegen.

Besässe ich des Herrn Verfassers wundersame phantastische Kraft, dann könnte ich mir wohl eine Geschichte zusammenreimen von Einem, der es mit dem Genusse alkoholischer Getränke nicht allzu genau genommen, der in Folge dessen am Wahne ehelicher Untreue erkrankte, in Tobsucht verfiel und in's Irrenhaus wanderte, von wo er ohne Einsicht in das Krankhafte seines Zustandes, also nach psychiatrischer, befangener Ansicht, als ungeheilt entlassen wurde. Aber leider besitze ich diese rege Phantasie nicht, und ich unterlasse daher auch die Geschichte, so verlockend die Gelegenheit dazu gewesen wäre, um so mehr, als eine Reihe anderweitiger Gründe gegen die Annahme eines practischen Curses in der Psychiatrie sprechen. Herr *Schroeder* hat offenbar noch nie einen Geisteskranken gesehen. Er tritt an den Gegenstand seines Buches heran rein und zweifelsohne, und er führt seine Aufgabe durch, unbeirrt durch jegliche Sachkenntniss. Mit der Irrenanstalt scheint es somit nichts.

Dass ein Schriftsteller von dem Gegenstande, den er zu behandeln gedenkt, nichts versteht, ist nicht gerade lobenswerth, aber doch auch nicht so neu, um etwas Besonderes darin zu finden. Neu aber ist die Art der Behandlung, und da darf ich wohl dreist behaupten, dass noch nie eine gleiche Masse der schändlichsten Verleumdungen über eine ganze Klasse von Männern in gleich leichtfertiger Weise und ohne den Schatten eines Beweises ausgegossen wurde.

Wären wir Irrenärzte in der That so schlecht, wie Herr *Schr.* dies auf jeder der 152 Seiten seines Buches behauptet, ja wenn nur der hundertste Theil unserer Schandthaten erwiesen wäre, kein Hund würde mehr ein Stück Brod von uns nehmen, kein verständiger Mensch mehr Verkehr mit uns wollen.

Es ist für einen Mann, der sich ein Menschenalter hindurch für leidlich anständig gehalten, nicht gerade erfreulich, plötzlich vor die Wahl gestellt zu werden, ob er fernerhin für einen Schurken oder einen Dummkopf gelten will, und eine solche und keine andere Wahl lässt uns Herr *Schr.* offen.

Schön ist das wirklich nicht, und wenn wir von der Erlaubniss Gebrauch machen, die auch dem getretenen Wurm nicht versagt ist, und uns krümmen, so kann Herr *Schr.* uns das nicht verdenken. Sogar dann nicht, wenn wir grob werden.

Vielleicht wäre es klüger, ihm mit erhabener Ruhe entgegen zu treten und den Versuch zu machen, ihn eines Besseren zu belehren.

Aber was haben uns unsere Behauptungen und Beweise genutzt, dass kein einziger der Fälle von angeblicher Freiheitsberaubung in Irrenanstalten nachgewiesen sei, wenn uns dieselbe Anklage hier auf jeder Seite in's Gesicht geschleudert wird.

Mag deshalb ein Anderer es versuchen, aus dem Saulus *Schroeder* einen Paulus zu machen, viel Freude dürfte er kaum erleben. Ich persönlich habe keine Lust dazu, ich fühle zu dieser Bekehrung weder Sehnsucht noch Beruf, wohl aber bin ich der Ansicht, dass es ein Maass der Selbstüberhebung und der Unwissenheit giebt, wogegen Spott die einzig richtige Waffe sei.

Ich werde mich im Folgenden streng an den Wortlaut des Buches halten und der Bitte des Verfassers nach Kräften nachzukommen streben: seine Ansichten nicht vorher zu entstellen und zu verdrehen. Ueberdies ist dies gar nicht nöthig, sie sind ohnehin verdreht genug.

Nach Ansicht des Herrn *Schr.* (62) hat der Irrthum im Irrenrechte sein ständiges Lager aufgeschlagen, und Willkür und böse Absicht, die allerorten verdrängt worden sind, haben sich hierhingeflüchtet, um im Dunkel der Rechtlosigkeit um so schrecklicher zu hausen; der unschuldigste Irrthum hat im Irrenwesen ebenso viel Schrecknisse und moralische und körperliche Morde erzeugt, als die fanatische Inquisition, die Hexenprocesse und die Fehmgerichte, denen ja das heutige Irrenrechts-Verfahren voll-

kommen ähnlich ist, und da Herr *Schr.* an anderer Stelle (3) die Opfer der Inquisition auf 32000 Personen angiebt, so kennen wir auch die Anzahl der „moralischen und körperlichen Morde", die auf die Rechnung unserer Dummheit kommen.

Nun aber (65) nehmen wir erst die vielen Opfer, die der bösen Absicht gefallen sind; die vielen, welche die blosse Willkür, der im heutigen Irrenwesen keine Rechtsschranken gesetzt sind, beseitigt hat!

Im politischen (66) wie geschäftlichen und gesellschaftlichen Leben braucht nur über diese oder jene That der Verdacht geäussert zu werden, dass sie (sic) wahnsinnig sei; einige glauben es und erzählen es weiter, es kommt ein Arzt hinzu, er hört die allgemeine Ansicht, ist ohnehin geneigt, jeden unter dem Verdachte der Geisteskrankheit Stehenden auch wirklich für geisteskrank zu halten, schreibt also ein geistreiches Parere und — das Opfer ist gefallen.

Wie selten gelingt es einem solchen Opfer, dass es gewissenhafte, pflichttreue Aerzte findet, welche den in einer Anstalt ungerechtfertigter Weise Untergebrachten „als gesund" entlassen.

Wenn ich aber behauptet habe, dass kein einziger Fall ungerechtfertigter Unterbringung nachgewiesen sei, so hat das nach *Schroeder* seinen guten Grund.

Jede Beschwerdeerhebung war noch immer erfolglos! (69) und in den meisten Fällen unterbleibt sie ganz. Zu den Gründen, die den unter dem Titel der Geisteskrankheit unberechtigt seiner Freiheit Beraubten veranlassen, eine Beschwerde überhaupt nicht zu erheben, ist es erstens die Einschüchterung des Betroffenen, der davor fürchtet, abermals in eine Anstalt gebracht zu werden, was ja nun weit leichter ist, als das erste Mal, weil blos ein „Rückfall" arrangirt zu werden braucht, wozu schon der Umstand sehr behülflich sein kann, dass man einfach die Meinung der ungerechtfertigten Haft als Wahn hinstellt, auch hat der Betroffene die Erfolglosigkeit einer Beschwerde deutlich vor Augen, da er ja das fehmgerichtliche Verfahren des Irrenrechtes an sich erlebt hat. Und was macht die Beschwerde, wenn sie wirklich einmal erhoben wird, erfolglos? (70), der Arzt als Richter! Der Arzt war im ersten Verfahren gegen den Betroffenen Richter, er wird es nie und nimmermehr zugeben, dass er sich geirrt, dass er Unrecht gehabt hat. Neue Sachverständige aber werden die Standesehre wahren und den Collegen nicht des Irrthums zeihen oder im besten Falle ihr Gutachten dahin abgeben, dass der Betroffene heute allerdings gesund sei, ob er es aber zur Zeit seiner Einbringung in die Anstalt gewesen, das sei heute nicht mehr zu constatiren.

Der „Arzt als Richter", das ist das rothe Tuch, das Herrn *Schr.* zum gewaltigen Ansturm reizt, denn (6) der Arzt ist wie kein anderer Stand in Ausübung seines Berufes dem Irrthum unterworfen Man bedenke nur, dass wenn Jemand mit irgend einer Krankheit behaftet zu mehreren verschiedenen Aerzten geht, um über seinen Zustand aufgeklärt zu werden,

er auch ebenso viele verschiedene Diagnosen hören wird. Die Diagnose im Irrenwesen bedeutet aber ein Urtheil über den geistigen, wirthschaftlichen und socialen Tod, also einen Rechtsspruch von allerhöchster Bedeutung. Da nun einmal die Macht dieses Rechtsspruches den Aerzten zustand, gewöhnten sie sich an diese Macht, und wie oft sie missbraucht wurde? wer mag das zu sagen?

Die Untersuchung im Irrenwesen geschieht in einer Weise, die Hohn spricht allem Fortschritte und Hohn der Erforschung der Wahrheit in jedem einzelnen Falle. Gerüchte, die niemals bewiesen zu werden brauchen, bilden die Grundlage der Anklage, wie im Inquisitionsverfahren und im Hexenprocesse. Falsche Anschauungen und pseudowissenschaftliche Doctrinen lenken die Meinung der Aerzte und des Publicums, wie ehemals der „Hexenhammer" Sprenger's. Die Folter der Inquisition und des Hexenprocesses, sie ist im Irrenrechte umgewandelt in eine geistige Folter, die dem geistig Gesunden angelegt wird, bis man die Berechtigung gewonnen zu haben glaubt, zu behaupten, dass er nicht gesund sei, damit er entweder vernichtet oder durch die Kunst der Aerzte geheilt werde — wie man es eben braucht.

Daher ist es auch möglich geworden (16), dass die allgemein menschlichen Schwächen der Aerzte, wie Eitelkeit, Bequemlichkeit u. dergl. mehr ein oft gesundes Material in die psychiatrischen Kliniken schleppen, dass man dadurch falsche, weil eben an Gesunden gefundene Symptome von Geisteskrankheiten entdeckt zu haben glaubt, dass endlich nerven- oder gehirnkrank auch geisteskrank heissen muss, wenn nicht der eine oder andere Patient der Zwangsbehandlung sich entziehen soll, dass schliesslich Lehrsätze aufgestellt worden sind, die dem gesunden Menschenverstande in's Gesicht schlagen, nur um die Autorität des ärztlichen Standes in um ein so (sic) mystischeres Licht zu rücken.

Zu diesem Zwecke, um unsere Motive (18) als eine geheimnissvolle Kunst zu erhalten, um geheimnissvoll und unverstanden zu bleiben, hüllen wir uns in den Mantel einer todten Sprache, und während überall der Berufsgelehrte mit dem Laien Hand in Hand geht, hat sich der Arzt immer mehr und mehr abgeschlossen und gestattet Niemandem zu wissen, wozu nur er das Recht des Wissens hat.

Aber auch unser Interesse spielt auf dem Gebiete des Irrenwesens eine grosse Relle. Je mehr es Geisteskranke giebt (20), desto mehr Irrenärzte kann es geben. Es liegt also im Interesse des Standes, die Grenzen, innerhalb welcher ein Mensch für geisteskrank erklärt werden kann, recht weit auszudehnen, es liegt ferner im Interesse dieses Standes, den so gewonnenen Geisteskranken auch einer Zwangsbehandlung zu unterwerfen, und Aufnahme und Entlassung vom Arzte abhängig zu machen.

Wer wird es unter sothanen Umständen dem Verf. verdenken, wenn er der Ansicht ist, dass eine andere Wissenschaft ihre kritische Sonde an die Psychiatrie legen müsse, um die falschen Prämissen derselben auf ihre

richtige Grundlage zurückzuführen, und die Gefahren zu beschwören, die das Pseudowissen der Aerzte, das jedem logischen Denken Hohn spricht, mit sich bringt. Und welche Theorien muss der junge Arzt in sich aufnehmen (24), wenn er den Pseudonarren ganz vernünftig sprechen hört und handeln sieht und dennoch wahrnimmt, mit welchem Misstrauen man ihn bewacht; wenn er die geistreichen Parere über ihn liest, wenn er endlich den als gesund entlassen sieht, der dennoch — wegen Wahrung der Standesehre — als Potator oder mit Paranoia belastet diagnosticirt war?

Diese Paranoia ist schon an und für sich sehr verdächtig. Aber der Verfasser ist hinter unsere Schliche gekommen, und man höre und staune! (31) Was durch die Theorie der Paranoia (!) gewonnen werden soll, ist klar, wenn man bedenkt, dass ein Mensch, der jahraus jahrein in seinem Berufe zu seiner und Anderer Zufriedenheit lebt, Niemandem schadet und höchstens als Sonderling oder Hypochonder gilt, doch wohl niemals als **geisteskrank aufgefasst werden kann, selbst wenn er wirklich** „in seinem Innern ein Doppelleben" führt. Diese Theorie soll der Zwangsbehandlung die weitesten Grenzen geben, sie soll aber in Verbindung mit der gänzlichen Verachtung der Doctrin der Psychiker, dass auch durch fortgesetzte schädliche psychische Eindrücke bei völlig Gesunden Geisteskrankheiten erzeugt werden können, die Irrenärzte vor der furchtbaren Anklage schützen, dass sie dadurch, dass sie einen Gesunden dem schrecklichen Zustande, in einer Irrenanstalt auch nur die kürzeste Zeit als angeblich verrückt leben zu müssen, ausgesetzt haben, den gesund Gewesenen durch den psychischen Affect, den seine schauerliche Gefangenschaft erzeugen muss, zum Irrsinn gebracht. Tritt ein solcher Fall ein, so wird einfach gesagt, der Kranke wäre mit Paranoia erblich belastet gewesen, die durch die Haft zum Ausbruch kam. Der Arzt ist also salvirt.

Vorstehende Blumenlese dürfte mehr wie genügen, um die freundliche Gesinnung des Herrn Verfassers gegen uns arme Irrenärzte klarzustellen und die eingangs angedeutete Vermuthung zu bestärken, wonach eine derartige Unverschämtheit sich eigentlich nur aus einer krankhaften Verstimmung heraus erklären und verstehen lässt.

Andere fachwissenschaftliche Behauptungen sind nicht geeignet, diese Annahme zu entkräften.

Herr *Schr.* weiss ganz genau, (23) wie oft Tobsucht künstlich erzeugt wird, und wie der vermeintliche Kranke sich tobsüchtig stellt, (32) um grössere Gaben des bekannten Chloralhydrates zur Beruhigung zu erhalten. Der Wärter spart mit diesem Mittel nicht, der Pseudotolle beruhigt sich und schläft ein — für ewig.

Und endlich verdanken wir ihm die lang und schmerzlich ersehnte Definition der Geistesstörung, von der ich nur zu meinem Bedauern vermuthe, dass sie keinen allgemeinen Beifall finden wird. (110) Als geisteskrank kann nur derjenige gelten, dem es nachgewiesen worden ist, dass er den Maassstab für Gutes und Böses, für Recht und Unrecht durch per-

sönlichen (sic) Irrwahn, der über die ihn erzeugenden Ursachen hinaus dauert, verloren oder nie besessen hat, und dadurch der menschlichen Gesellschaft oder ihren Gliedern (!) gefährlich geworden ist.

Das wichtigste Erforderniss aber ist der Beweis. Ohne Beweis kann Niemand zum Verbrecher, ohne Beweis soll Niemand zum Irren gestempelt werden. Und wir Thoren, die wir uns bisher einbildeten, dass Irrsein eine Krankheit und an ihren Symptomen zu erkennen sei!

Den Beweis vermögen wir Aerzte überhaupt nicht zu erbringen, das kann (130) nur der Geschworene allein, der Mensch mit der gottähnlichen Seele, der Mensch in seiner Vielheit.

Ich habe schon lange die Empfindung, als ob ich die Geduld meiner Leser auf eine allzuharte Probe stelle. Sicherlich ist es des Unsinns genug. Andererseits aber ist die Versuchung gross und der schönen Stellen sind noch so viele, dass es mich schmerzt, sie zu unterdrücken.

Wie schön, wie einheitlich und aus einem Gusse ist der „Codex", das Irrengesetz der Zukunft nach Herrn *Schröder*'s Invention, und wie richtig ist der bewundernde Ausruf des Schöpfers, als er am Schlusse sein Werk betrachtet und findet, dass es gut ist: Dieses Gesetz macht es Keinem leicht, in einer Anstalt Aufnahme zu finden. (132)

Sicherlich nicht, denn wenn man sich erst durch diese Zeugenverhöre, Hauptverhandlungen, durch 4 Sachverständige und ein ganzes Geschworenengericht durcharbeiten muss, um in die Anstalt zu kommen, dann bleibt man lieber draussen.

Eine Commission von 9 Mitgliedern hat alsdann die Anstalt alle 14 Tage zu besuchen und darüber zu wachen, dass den Kranken ihr Recht geschehe.

Als ihr Recht aber wird ihnen gesetzlich verbrieft (§ 43), dass ihnen keiner ihrer gewohnten Genüsse, als da sind Morphium, Arsenik oder Alkohol, versagt werden darf, insbesondere kein Alkohol, denn „er ist für den Menschen ein Lebensbedürfniss wie für den Seefisch das Meerwasser".

Es ist noch ein wahrer Segen, dass dem Herrn Verfasser der alte *Reil* und seine Vorschläge unbekannt geblieben sind. Wir armen Irrenärzte wären unzweifelhaft noch zu ganz anderen Dingen gesetzlich gezwungen worden, als zur Abhaltung einer Schnapsbude, denn wer giebt uns ein Recht, den Kranken in seinen gewohnten sexuellen Vergnügungen zu hindern, blos weil er sich zufällig in einer Irrenanstalt befindet?

Aber diese milde Auffassung gilt nur dem Kranken, dem bösen Arzte zeigt das Gesetz des Schwertes Schneide.

Jeder Tobsuchtsanfall ist anzuzeigen und der Schuldige zu bestrafen (§ 67), bestraft wird Jeder, der nur den Mund aufthut, dass Jemand eine Geisteskrankheit überstand, oder sich sonst aus einem Grunde in Behandlung in einer psychiatrischen Anstalt befunden habe (§ 69), und zwar wird er nach § 73 wegen Betruges bestraft, wenn er innerhalb der Frist eines

Jahres von dem Beleidigten (sic) einen Rath, Fürsprache, Hülfeleistung, Unterstützung beansprucht oder annimmt, und ein Geschäft abschliesst, welches ihm Nutzen bringt.

Die Unzulänglichkeit liegt sicherlich an mir, aber ich kann mir nicht helfen, das Verständniss für diese und viele andere an sich gewiss sehr tiefsinnige Stellen ist mir persönlich versagt. Daher muss ich, ein zweiter Schlemihl, weiter wandern, ohne in den Unterschied eingedrungen zu sein, den *Schröder* zwischen den Somatikern und Psychikern zieht, allem Anscheine nach feindliche Stämme der gemeinsamen Familie der Irrenärzte, ohne den Grund zu erfassen, weshalb es keinen Verfolgungswahn mehr geben soll, in dem „übrigens selten eine Gefahr für andere liegt" und endlich ohne eine rechte Vorstellung von der „gefährlichsten Geisteskrankheit" zu gewinnen, der Verfolgungssucht, obwohl sich der Verfasser in der Schilderung dieses Krankheitsbildes „dem Ebenbilde Lucifers" zum höchsten dityrambischen Schwunge erhebt. Allerdings (130) vermögen die Aerzte diesen Krankheitszustand nicht zu erkennen, wenigstens bis heute nicht und aus somatischen Anzeichen nicht, und so muss ich mich mit meinen Collegen zu trösten suchen, so gut es geht.

Zu dem mir Unverständlichen gehört auch die Widmung an *Rudolf von Ihering*, oder wie ihn Herr *Schr.* nennt, *Rudolf Ihering*. Denn Herr *Schr.* ist Demokrat. Er verehrt in Gambetta[1]) den Mann seiner Wahl, in der Nordamerikanischen Republik sieht er die beste der möglichen Staatsformen und „die meisten Despoten leiden an Grössenwahn" (109). Denn wer nicht weiss, dass er als Mensch dem Menschen gleich ist, wer sich durch Geburt, Rang und Stellung oder Vermögen in persönlichem Irrwahne als Mensch mehr dünkt als andere, der ist geisteskrank, der ist dem Grössenwahn verfallen.

Ob Herr *von Ihering* viel Freude an der Widmung haben wird, muss ich dahin gestellt sein lassen. Die häufigen Berufungen auf *Ihering*'s famosen „Kampf um's Recht", der offenbar das ganze Unglück verschuldet und Herrn *Schr.* den Kopf verrückt hat, können das „Recht im Irrenwesen" nicht besser machen, wohl aber fordern sie unwillkürlich zu einer Vergleichung dieser beiden Werke auf, die Herr *Schr.* zweckmässiger vermieden hätte.

Ein Unglück, das uns sonst vielleicht gedroht, scheint uns erspart zu werden. Der Verfasser ist, nach seiner Schreibweise zu schliessen, kein Deutscher, und diesem Umstande verdanken wir die Aussicht, dass er nicht in die Lage versetzt wird, seinen Ansichten im Reichstage prakti-

[1]) *Schröder* beklagt, dass er trotz wiederholter Bemühungen nicht in Besitz des Gambetta'schen Gesetzentwurfes in seinem Wortlaute gelangen konnte. Zu finden wäre das schon gewesen, so u. a. in dieser Zeitschrift XXXI, 1., wo ich den Text in deutscher Uebersetzung mitgetheilt habe.

schen Ausdruck zu geben, was bei seinen grossen gesetzgeberischen Fähigkeiten sonst unzweifelhaft der Fall gewesen wäre.

Doch genug des Unsinns.

Die Sache hat noch eine andere, und zwar eine recht traurige Seite. Nicht, dass ein solcher Unsinn geschrieben werden konnte, denn das wird immer vorkommen, wohl aber, dass er gedruckt, dass er gelesen wird.

Es giebt Leute genug, die in der einfachen Thatsache des Gedrucktwerdens eine Bekräftigung der Wahrheit sehen, und auf das Urtheil dieser urtheilslosen Menge muss ein derartiges Schmähwerk verderblich wirken.

Was nutzt es uns, wenn wir uns die Finger müde schreiben und immer wieder darauf hinweisen, dass nichts von alledem wahr ist, und es nur die wüsten Hirngespinnste eines unreifen Geistes sind, die uns hier als baare Münze dargeboten werden! In jene Kreise, wohin das *Schröder*'sche Buch hinabsteigt, vermögen wir nicht zu folgen, und Jahre der mühsamen Arbeit sind umsonst.

Das ist traurig, und wenn einem alsdann die Galle überläuft, man einen solchen Herrn nicht grade mit Glacéehandschuhen anfasst und ihm noch dankt für seine gute Meinung, dann kann er sich eigentlich nicht darüber wundern noch auch beklagen. *Pelman.*

Kleinere Mittheilungen.

Aufnahme und Unterbringung von Geisteskranken bez. Geistesschwachen in Nicht-Irrenanstalten. — Circ.-Erlass des Ministers der geistlichen u. s. w. Angelegenheiten vom 5. März 1889, M.-N. 9891 (gez. von Gossler) an sämmtliche Königl. Regierungspräsidenten.

Der Regierungspräsident zu Coblenz hat die Frage in Anregung gebracht, ob es als zulässig erachtet werden kann, wenn, wie es im dortigen Bezirk der Fall ist, geistesschwache (blödsinnige) Personen oder andere Geisteskranke in gewöhnlichen Krankenhäusern, Armen- und Siechenhäusern etc. untergebracht werden, ohne dass hierzu eine besondere Erlaubniss nachgesucht und ertheilt wäre, und ob nicht derartige Anstalten, wenn sie geistesschwache etc. Personen aufnähmen, den Bestimmungen des Circular-Erlasses vom 19. Januar v. J., betreffend die Privat-Irrenanstalten, zu unterwerfen seien.

Aus einem auf diesseitige Veranlassung erstatteten Bericht lässt sich als das Ergebniss der angestellten näheren Ermittelungen entnehmen, dass sich im vorigen Jahre in fünf Anstalten des Bezirks 14 geisteskranke bez. geistesschwache Personen befanden und zwar je 4 in einer Privat-Krankenanstalt und einer mit Korporationsrechten versehenen Krankenanstalt, eine in einer Krankenanstalt, welche einer Kirchengemeinde gehörte, 3 in einem Armenhause, 2 in einem städtischen Hospital, ohne dass diese Anstalten als Privat-Irrenanstalten concessionirt oder als Irrenanstalten bisher behandelt wären. Von diesen 14 Kranken wurden 11 als geistesschwach (blödsinnig etc.), eine als mit „einfacher Geistesstörung" behaftet bezeichnet, über 2 Kranke fehlte eine genauere Angabe. Zeitweise aufgeregt waren hiervon 6, bei einer war zeitweise Einschliessung nothwendig; entmündigt waren 5 dieser Personen.

Obgleich dieselben von den Geistesgesunden nicht getrennt untergebracht waren, hatten sich Missstände, so weit zu ermitteln war, aus der Art der Unterbringung bisher nicht ergeben.

Trotzdem erachtet der Bericht eine allgemeine, grundsätzliche Regelung der Verhältnisse der in Nicht-Irrenanstalten jeder Art untergebrachten Geisteskranken (einschliesslich der Geistesschwachen etc.) für nothwendig

und macht für eine solche diejenigen Vorschläge, welche sich aus dem abschriftlich angeschlossenen Berichtsauszuge ergeben.

Wenngleich anzuerkennen ist, dass in höherem Grade geistesschwache Personen (Blödsinnige, Idioten) auch vom rechtlichen Standpunkte den Geisteskranken zuzurechnen sind, und dass die Art der Unterbringung derselben in Anstalten eine Ueberwachung Seitens der Staatsbehörden erheischt, so bietet eine allgemeine Regelung dieser Angelegenheit doch wegen der Mannigfaltigkeit der in Betracht kommenden Verhältnisse grosse Schwierigkeiten dar und würde schon mit Rücksicht auf die grosse Anzahl der Personen, um die es sich handeln dürfte, eine tief einschneidende Wirkung ausüben können. Nach der amtlichen Statistik befanden sich in Preussen in Anstalten, welche keine Irrenanstalten waren, an Geisteskranken (Geistesschwachen etc.):

Im Jahre.	In Armen-, Siechenhäusern etc.	In allgemeinen Krankenanstalten.	Zusammen.
1878	918	3066	3984
1879	344	3016	3360
1880	661	2835	3496

Hierbei sind anscheinend die Anstalten für Blinde, Taubstumme, Epileptische nicht mitgezählt, von deren Pfleglingen eine Anzahl zugleich geisteskrank sein dürfte.

In vielen Fällen wird der Aufenthalt gewisser Arten von Geisteskranken in Nicht-Irrenanstalten für die sonstigen (geistig gesunden) Insassen derselben mit Nachtheilen verbunden nicht sein, dagegen steht zu befürchten, dass eine zu weitgehende Beschränkung der Nicht-Irrenanstalten betreffs der Aufnahme geisteskranker Personen die Lage der letzteren nachtheilig beeinflussen könnte.

Es erscheint mir daher, bevor ich die Vorschläge des Regierungspräsidenten zu Coblenz in nähere Erwägung ziehe, nothwendig, zunächst festzustellen, wie die in Rede stehenden Verhältnisse in den übrigen Bezirken der Monarchie liegen.

Ew. Hochwohlgeboren ersuche ich demnach ergebenst festzustellen, wie viele Geisteskranke (einschliesslich der Schwachsinnigen, Blödsinnigen, Idioten) sich in den einzelnen Anstalten (abgesehen von den Irrenanstalten) des dortigen Bezirks zur Zeit befinden, welcher Art die Geisteskrankheit der einzelnen Kranken ist, ob dieselben entmündigt sind oder nicht, ob sie zeitweise aufgeregt sind, zeitweise oder dauernde Einschliessung oder Anwendung sonstiger Zwangsmittel bei denselben nothwendig ist, ob bezw. welchen Behörden von ihrer Aufnahme Anzeige gemacht ist, und ob die Geisteskranken mit den übrigen geistesgesunden Pfleglingen zusammen wohnen oder sich in besonderen Abtheilungen befinden.

Betreffs der Idiotenanstalten sind nur summarische Angaben unter Bezeichnung des Charakters der Anstalt (ob privat, communale etc.) erforderlich.

Ew. Hochwohlgeboren ersuche ich ergebenst, gefälligst unter Mittheilung der Ergebnisse dieser Feststellungen zur Sache zu berichten und sich über die von dem Regierungs-Präsidenten zu Coblenz gemachten Vorschläge zu äussern, bezw. anderweite Vorschläge gefälligst zu machen.

Dem gefälligen Berichte sehe ich in Jahresfrist entgegen.

Anlage.

Coblenz den 28. November 1888.

p. p.

Für nothwendig halte ich es, die Vorschriften für die Geisteskranken auch auf die Geistesschwachen auszudehnen, weil letztere — wenn auch gewöhnlich ruhig und frei sich bewegend — vermöge ihrer Geistesschwäche nicht im Stande sind, für sich selbst zu sorgen, nicht vermögen, bei mangelhafter Pflege und Behandlung an rechter Stelle zu klagen, und, entmündigt, nicht einmal das Recht zur Klage besitzen. Wegen dieser Hülflosigkeit der Geistesschwachen erscheint es mir insbesondere nothwendig, dass die Vorsteher aller Anstalten — mögen diese Anstalten einen Namen tragen, welchen sie wollen, und mögen sie Staats-, Gemeinde-, Corporations- oder Privatanstalten sein — verpflichtet werden, von jeder vorübergehenden oder dauernden Aufnahme eines Geisteskranken oder eines Geistesschwachen in ihre Anstalt binnen 24 Stunden nach der Aufnahme der Ortspolizeibehörde des Bezirks, in welchem die Anstalt liegt, und binnen 3 Tagen nach der Aufnahme dem Staatsanwalte des Landgerichts, in dessen Bezirk die Anstalt liegt, Anzeige zu machen.

Eine gleiche Verpflichtung dürfte auch allen Personen aufzuerlegen sein, welche einzelne Geisteskranke oder Geistesschwache zur Pflege in ihr Haus aufnehmen.

In diesen Anzeigen würde zugleich anzugeben und durch ärztliches Attest zu belegen sein, ob die Aufgenommenen voraussichtlich heilbar oder unheilbar, ob sie vorübergehend oder dauernd in der angemeldeten Pflegestelle bleiben, zu welchem Pflegesatze und auf wessen Veranlassung und Kosten sie aufgenommen sind.

Diese Anzeige würde die Ortspolizeibehörde durch Vermittelung des Landrathes dem Kreisphysicus mitzutheilen haben, welcher nach Anleitung der Ministerial-Verfügung vom 17. Januar d. J. eine sachgemässe Aufsicht über die Pflege dieser Unglücklichen zu führen hat.

Um ferner allen möglichen Missbräuchen und heimlichen Aufnahmen vorzubeugen, erscheint mir die Anordnung nothwendig, dass alle Personen — sowohl Privatpersonen, wie Vorsteher von Anstalten — welche Geisteskranke oder Geistesschwache in Pflege nehmen wollen, verpflichtet werden, eine Concession nachzusuchen, in welcher ein mitverantwortlicher Haus- resp. Anstaltsarzt namhaft zu machen ist, falls der Nachsuchende selbst

nicht Arzt ist. Dieser Arzt würde eine von der Aufsichtsbehörde zu erlassende Anweisung zu befolgen haben, durch welche er namentlich zu verpflichten ist, in unbestimmten Zeiträumen sämmtliche in der Anstalt befindlichen Räume zu besichtigen. Der Regierung-Präsident. gez. von Puttkamer (Ztsch. f. Medicinalbeamt. Jahrg. 2. 1889. No. 5. S. 163).

X. Internationaler medicinischer Congress zu Berlin 1890.

Der IX. Internationale med. Congress zu Washington 1887 hatte als Ort für die nächste Sitzung im Jahre 1890 Berlin gewählt und die Prof. Dr. *Virchow*, *v. Bergmann* und *Waldeyer* daselbst um Uebernahme der Geschäftsführung ersucht. Dieselben nahmen die Wahl an, glaubten aber der Versammlung einen breiteren Hintergrund geben zu sollen, indem sie die med. Facultäten und grösseren ärztlichen Vereine im Deutschen Reiche aufforderten, je einen Vertreter zu wählen, und mit den Erwählten am 17. Sept. c. in Heidelberg über die Durchführung des Congresses beriethen. Diese Versammlung, zu welcher von Seiten des Vereins der deutschen Irrenärzte Dr. *Laehr*-Schweizerhof, von Seiten der deutschen psychiatr. Gesellschaft [1]) Med.-Rath Dr. *Sander*-Dalldorf und von Seiten der med. Facultät zu Halle Geh. Rath Prof. Dr. *Hitzig* deputirt worden waren, führte zu folgenden Ergebnissen:

1. Die Versammlung war einverstanden, dass der Congress am 4. Aug. 1890 zu Berlin eröffnet und am 10. Aug. geschlossen werde.

2. Der vom vorbereitenden Comité im Anschluss an den Vorgang der früheren Congresse ausgearbeitete Entwurf eines Statuts und Programms wurde angenommen.

3. Als Mitglieder des Organisations-Comités wurden erwählt.
   Vorsitzender: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. *Virchow*, Stellvertreter: Geh. Med.-Rath Prof. Dr. *von Bergmann*, Geh. Med.-Rath. Prof. Dr. *Leyden*, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. *Waldeyer*. Zum Generalsecretär wurde ernannt Dr. *Lassar*.

Dies Comité hat die Befugniss, Ehrenpräsidenten und Schriftführer zu ernennen, auch das Redactions-Comité zu bestellen.

4. Für jede der einzelnen Abtheilungen (Sectionen) des Congresses soll ein besonderes Organisations-Comité aus neun Mitgliedern bestehen, welches die Vorbereitung der Sectionssitzungen bezüglich der wissenschaftlichen Aufgaben und der Theilnehmer zu besorgen hat. Jedem dieser Comités gehört ein geschäftsführendes Mitglied mit dem Wohnsitz in Berlin an. Den einführenden Vorsitz übernimmt s. Z. das hierzu von dem Abtheilungscomité bestimmte Mitglied.

---

[1]) Soll offenbar heissen: Berliner Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten.

5. Mit dem Congresse soll eine internationale medicinisch-wissenschaftliche Ausstellung verbunden werden, deren Vorbereitung das Organisations-Comité übernimmt.

Das unter No. 2 erwähnte Statut und Programm lautet:

Art. I. Der X. internationale medicinische Congress wird am Montag, den 4. August 1890 in Berlin eröffnet und am Sonnabend, den 10. August, geschlossen werden.

Art. II. Der Congress besteht aus den approbirten Aerzten, welche sich als Mitglieder haben einschreiben lassen und ihre Mitgliedskarte gelöst haben. Andere Gelehrte, welche sich für die Arbeiten des Congresses interessiren, können als ausserordentliche Mitglieder zugelassen werden.

Die Theilnehmer zahlen bei der Einschreibung einen Beitrag von 20 Mark. Sie werden dafür je ein Exemplar der Verhandlungen erhalten, sobald dieselben erschienen sind. Die Einschreibung geschieht bei Beginn der Versammlung. Sie wird auch vorher geschehen können durch Einsendung des Beitrages an den Schatzmeister unter Angabe des Namens, der Stellung und des Wohnortes.

Art. III. Der Zweck des Congresses ist ein ausschliesslich wissenschaftlicher.

Art. IV. Die Arbeiten des Congresses werden in 18 Abtheilungen (Sectionen) erledigt. Bei der Einschreibung haben die Mitglieder anzugeben, welcher oder welchen Abtheilungen sie sich vorzugsweise anschliessen wollen.

Art. V. Das Organisations-Comité wird in der Eröffnungssitzung des Congresses die Wahl des definitiven Bureau's veranlassen, welches bestehen soll aus einem Vorsitzenden, drei Stellvertretern desselben und einer unbestimmten Zahl von Ehrenvorsitzenden und Schriftführern.

In den constituirenden Sitzungen der einzelnen Abtheilungen wird jede Abtheilung einen Vorsitzenden und eine genügende Zahl von Ehrenvorsitzenden erwählen, welche letzteren abwechselnd mit dem Vorsitzenden die Verhandlungen zu leiten haben. Wegen der verschiedenen Sprachen wird aus den ausländischen Mitgliedern eine entsprechende Anzahl von Schriftführern ernannt werden. Die Verpflichtungen derselben beschränken sich auf die Sitzungen des Congresses.

Nach dem Schlusse des Congresses wird die Herausgabe der Verhandlungen durch ein besonderes, von dem Vorstande zu bestimmendes Redactions-Comité besorgt werden.

Art. VI. Sitzungen des Congresses und der einzelnen Abtheilungen (Näheres vorbehalten).

Art. VII. Die allgemeinen Sitzungen sind bestimmt:

a) für Verhandlungen betreffend die Arbeit und die allgemeinen Verhältnisse des Congresses,

b) für Vorträge und Mittheilungen von allgemeinem Interesse.

Art. VIII. Verhandlungen der Sectionen (Formulirung vorbehalten).

Art. IX. Vorträge in den allgemeinen, sowie in etwa anzuordnenden ausserordentlichen Sitzungen sind Denen vorbehalten, welche von dem Organisations-Comité dazu ersucht worden sind.

Vorschläge, welche die künftige Thätigkeit des Congresses betreffen, müssen vor dem 1. Juli 1890 bei dem Organisations-Comité angemeldet werden. Letzteres entscheidet darüber, ob diese Vorschläge geeignet sind, auf die Tagesordnung gesetzt zu werden.

Art. X. Alle Vorträge und Mittheilungen in den allgemeinen und Abtheilungssitzungen müssen vor dem Schlusse der betreffenden Sitzung schriftlich an die Schriftführer übergeben werden. Das Redactions-Comité entscheidet darüber, ob und in welchem Umfange diese Schriftstücke in die zu druckenden Verhandlungen des Congresses aufgenommen werden sollen.

Die Mitglieder, welche an Discussionen theilgenommen haben, werden ersucht, vor dem Ende des Tages den Schriftführern einen schriftlichen Bericht über die Bemerkungen, welche sie während der Verhandlung gemacht haben, zuzustellen.

Art. XI. Die officiellen Sprachen aller Sitzungen sind Deutsch, Englisch und Französisch.

Die Statuten, sowie die Programme und Tagesordnungen werden in allen drei Sprachen gedruckt.

Es ist jedoch gestattet, sich für ganz kurze Bemerkungen in den Sitzungen einer anderen Sprache zu bedienen, falls eines der anwesenden Mitglieder bereit ist, den Inhalt solcher Bemerkungen in einer der officiellen Sprachen wiederzugeben.

Art. XII. Einleitende Vorträge in den Abtheilungen sind in der Regel auf die Zeit von 20 Minuten zu beschränken; in der Discussion sind jedem Redner nur 10 Minuten zugemessen.

Art. XIII. Der fungirende Vorsitzende der Sitzungen leitet die Verhandlungen nach den in derartigen Versammlungen allgemein angenommenen (parlamentarischen) Regeln.

Art. XIV. Studirende der Medicin und andere Personen, Herren und Damen, die nicht Aerzte sind, sich aber für die Verhandlungen der betreffenden Sitzung besonders interessiren, können von dem Vorsitzenden der Sitzung eingeladen werden oder auf Ersuchen Erlaubniss erhalten, der Sitzung als Zuhörer beizuwohnen.

Art. XV. Mittheilungen oder Anfragen, betreffend Geschäftssachen einzelner Abtheilungen, sind an die Vorsitzenden dieser Abtheilungen zu richten. Alle übrigen Mittheilungen und Anfragen sind an den Generalsecretär Dr. *Lassar*, Berlin NW., Karlstrasse 19, zu adressiren.

Die Wahl der Mitglieder der Comités für die einzelnen Abtheilungen überliess die Delegirten-Versammlung zu Heidelberg dem Vorstande, mit der Bestimmung, dass sie 5 Mitglieder derselben zu ihren Berathungen für diesen Zweck hinzuziehe. Der Vorstand berief dazu die Herren *Binz*-Bonn, *König*-

Göttingen *Becker*-Heidelberg, *Crocker*-Berlin, *Graf*-Elberfeld, *His*-Leipzig, *Hitzig*-Halle, *Martin*-Berlin, *Neisser*-Breslau, *von Ziemssen*-München.

Es wurden nunmehr für die 9. Abth. „Neurologie und Psychiatrie" folgende Herren zu Vertretern und Mitgliedern des Comités ausersehen: *Binswanger*-Jena, *Emminghaus*-Freiburg, *Erb*-Heidelberg, *Flechsig*-Leipzig, *Fürstner*-Heidelberg, *Grashey*-München, *Hitzig*-Halle, *Jolly*-Strassburg, *Laehr*-Zehlendorf, letzterer mit dem Wohnsitze bei Berlin als Geschäftsführer.

In der gemeinschaftlichen Sitzung des Allgemeinen Organisations-Comités und der in Berlin anwesenden geschäftsführenden Mitglieder der Abtheilungs-Comités am 12. Oct. c. wurde zunächst von dem Vorsitzenden mitgetheilt, dass das Allgemeine Comité, entsprechend dem bestimmt formulirten Beschlusse des Heidelberger Delegirtentages sub 4: eine Vermehrung der Mitglieder der einzelnen Abtheilungs-Comités für unzulässig erachtet, gleichviel ob dieselben als Ehren-Mitglieder oder durch Cooptation herangezogen werden sollten. Dagegen hält es die Ersatzwahl für solche Mitglieder eines Abtheilung-Comités, welche durch irgend einen Umstand dauernd verhindert werden, sich an den Arbeiten des Comités zu betheiligen, nicht nur für zulässig, sondern im Interesse einer durch die allgemeine Theilnahme der Fachgenossen getragenen Geschäftsführung geradezu für geboten. Sollte der Fall einer Vacanz eintreten, so würde das in Berlin wohnende geschäftsführende Mitglied das Allgemeine Comité davon benachrichtigen, und letzteres würde die Ersatzwahl durch schriftliche Abstimmung der übrigen Mitglieder des Abtheilungs-Comités veranlassen.

Als erste Aufgabe des Allgemeinen Comités wurde erachtet, eine Schätzung des vermuthlichen Raumbedürfnisses für die Sitzungen der Section zu veranstalten und demgemäss je ein Sitzungslocal vorzuschlagen. Dabei wurde mitgetheilt, dass für die allgemeinen Sitzungen 3 Tage und zwar jedes Mal 2—2½ St., etwa von 11 Uhr an, in Anspruch genommen werden würden. Zugleich wurde auf Art. V, Alin. 2 wegen der, mit dem Beginn des Congresses zusammenfallenden constituirenden Sitzung verwiesen und hervorgehoben, dass für diesen Zeitpunkt eine Liste der vorzuschlagenden Ehrenpräsidenten und Schriftführer vorzubereiten sein würde.

Als zweite und besonders wichtige Aufgabe ist sodann zu bezeichnen die Vorbereitung der wissenschaftlichen Arbeiten der Abtheilungen. „Da es weder dem Zufall noch der blossen Priorität der Meldung vorbehalten bleiben darf, welche Gegenstände in der Abtheilung zur Verhandlung gebracht werden, so ist rechtzeitig dafür Sorge zu tragen, die hervorragenden Fachgenossen zur Bethätigung an dem Congresse und an den Arbeiten der Abtheilungen aufzufordern. Zugleich ist es wünschenswerth, diejenigen Fragen zu formuliren, welche nach Lage der wissenschaftlichen Fortschritte am meisten die Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen und zum Gegenstande der Erörterung gemacht zu werden verdienen. Ein derartiges Programm

aufzustellen und, wenn möglich, für die einzelnen Fragen Berichterstatter zu gewinnen, legen wir den Mitgliedern der Abtheilung-Comités vor Allem an das Herz. Ueber die spätere Tagesordnung, beziehungsweise über die Reihenfolge der Verhandlungsgegenstände zu entscheiden, bleibt der Abtheilung selbst vorbehalten. Durch deren Entscheidung, welche jedoch von dem Abtheilungs-Comité vorzubereiten ist, wird auch bestimmt werden, ob und an welcher Stelle die freiwilligen Meldungen zu Vorträgen Berücksichtigung finden können."

„Sobald die Frage der Sitzungssäle entschieden sein wird, soll ein Versuch gemacht werden, durch gegenseitige Vereinbarung Sitzungszeiten für die einzelnen Abtheilungen zu ermitteln, welche nicht zu stark mit einander collidiren. Es muss jedoch im Voraus darauf aufmerksam gemacht werden, dass derartige Collisionen nicht füglich vermieden werden können. Das Allgemeine Comité spricht nur die Bitte aus, dass sämmtliche Abtheilungen die für die Allgem. Sitzungen bestimmten Stunden ihrerseits frei lassen."

In Folge dieses Erlasses des Allgem. Comités an die Sections-Comités trat das der Neurologie und Psychiatrie in einer Sitzung zu Frankfurt a. M. am 17. Novbr. c. zusammen, bei welcher kein Mitglied fehlte. Es wurde darin beschlossen:

1. einen Sitzungssaal für 250 Personen zu beantragen, womöglich in der Nähe derjenigen Räume, worin die innere Medicin und die Physiologie tagen, mit genügendem Lichte für mikroskopische Demonstrationen.

2. nach den bei den früheren internat. Congressen gemachten Erfahrungen die Nachmittage nicht zu bestimmen, daher mit Rücksicht auf die Allgemeinen Sitzungen 3 grössere und 3 kleinere Sitzungen vorzubereiten.

3. für die grösseren Sitzungen bestimmte Themata mit Referenten und Correferenten zur Discussion zu stellen.

Als solche Themata aus der reichen Zahl der vorgeschlagenen sind festgestellt worden: a) Chirurgie des Central-Nervensystems, b) Traumatische Psychosen und Neurosen, c) Syphilis des Central-Nervensystems. Die Referenten und Correferenten können erst genannt werden, wenn die Verhandlungen mit den betreffenden Herren zum Resultate geführt haben.

Der Generalsecretär hatte von dem Geschäftsführer unseres Comités die Angaben der Adressen der Zeitschriften für Psychiatrie und Neurologie sowie die Adressen der Personen aller Länder verlangt, an welche die Einladungen ergehen sollten. Die Adressen der ersteren konnte er alsbald einsenden, für die der letzteren erbat er sich die Mitwirkung des Comités. Diese wurde ihm gewährt, doch lässt sich die Versendung nach ferneren, namentlich überseeischen Ländern erst nach Eingang der Antworten von dort aus bewerkstelligen.

Wir bringen die Verhandlungen über die vorbereitenden Schritte zum X. internat. Congresse unseren Lesern ausführlich, weil wir glauben, nicht

nur dass sie Vieler Wünschen begegnen, sondern auch weil wir hoffen, das Interesse dafür zu verallgemeinern. Man mag über den Werth der internationalen Congresse denken wie man will, wenn nach mancherlei Hindernissen aber Deutschland zur Ausführung des Congresses gewählt ist, so kann es nur unser Wunsch sein, zumal bei der jetzigen Stellung des deutschen Reiches, dass der Congress in würdiger Weise den Erwartungen entspricht, welche man davon hegt. Wir bitten dafür diejenigen Herren, welche sich die Förderung der Psychiatrie und Neurologie zu ihrer Lebensaufgabe gemacht haben, das sie vertretende Comité durch Rath und That warm zu unterstützen und sich an den Arbeiten zu betheiligen. Das Sections-Comité hat die Absicht, in den letzten Tagen des December c. zu einer zweiten Sitzung in Frankfurt a. M. zusammenzutreten. Es ist wohl nicht zu bezweifeln, dass jedes Mitglied desselben bereitwillig Anfragen, Anträge, Mittheilungen entgegennehmen und beantworten, ev. zur Berathung bringen wird. Zeigen wir, dass die deutsche Psychiatrie in ihrer Entwicklung der der anderen Nationen nicht nachsteht, und dass ein internationaler Wetteifer die mannigfachen Nebel, welche noch in der Wissenschaft wie in der Praxis und in der Gesetzgebung vorhanden sind, immermehr durchbrechen wird! *L.*

Im Juristen-Tage in Strassburg — ward bei Besprechung des Entwurfes des neuen Civilgesetzbuches die Aufnahme der unheilbaren Geisteskrankheit unter die absoluten Scheidungsgründe der Ehe angenommen.

Dr. med. W. Ch. Kandynski. Necrolog. — Am 3./15. Juli d. J. verschied in der Nähe von Petersburg der ältere Ordinator (Primarius) der St. Petersburger Irrenanstalt des h. Nicolaus, der auch in deutschen Leserkreisen rühmlichst bekannte Dr. med. *W. Ch. Kandynski. Kandynski* stammte aus einer sehr wohlhabenden sibirischen Kaufmannsfamilie, welche durch ungünstige Unternehmungen stark herunter gekommen war, so dass unser *K.* fast plötzlich aus den günstigsten in fast missliche Lebensbedingungen versetzt wurde. Geboren wurde er im Jahre 1849 im Transbaikalschen Bezirk, den ersten Unterricht erhielt er im Hause der Eltern, später kam er auf das 3. Gymnasium in Moskau, welches er noch unter günstigen Lebensbedingungen beendete, aber schon auf der Universität Moskau hatte er mit Lebenssorgen und Mühen zu kämpfen, welche er jedoch muthig und mit Ausdauer besiegte.

Nach Beendigung der Universität 1872 trat er als Ordinator in eins der Moskauer Hospitäler, wo er bis zum Jahre 1876 verblieb, um von dort in die Marine überzugehen. Er machte den russisch-türkischen Krieg 1877 — 78 und die Schlacht bei Batum als Marinearzt mit. In Folge der

schweren Mühen und wahrscheinlich auch erblicher Belastung erkrankte er an hallucinatorischem Irresein; dieses Leiden dauerte fast zwei Jahre, seine Genesung erfolgte in Paris. Die eigene, schwere Krankheit scheint die Hauptursache und Veranlassung gewesen zu sein, dass *K.* nach seiner Genesung sich mit Leib und Seele dem Studium der Psychiatrie widmete, wobei ihm ganz besonders seine Beobachtungs- und Selbstbeobachtungsgabe von grossem Nutzen war und es ermöglichte, dass er wirklich Tüchtiges schuf, wie unter Anderem seine bekannten „Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen", Berlin 1885. und „Zur Lehre von den Hallucinationen", Arch. f. Psych. B. XI, H. 2.

Im Jahre 1881 erhielt er die Stellung eines supernumerären Ordinators an der Petersburger Irrenanstalt des h. Nicolaus, im Jahre 1885 erhielt er durch Concurs an derselben Anstalt die Stelle des älteren Ordinators (Primarius), welche er bis zu seinem leider zu früh erfolgten Tode bekleidete.

Aus der Zeit seiner practischen Thätigkeit an der Anstalt des h. Nicolaus stammen ausser den oben genannten deutschen Arbeiten noch eine bedeutende Zahl russischer, von denen ich nur hervorhebe: Geschichtlicher Ueberblick über die Begriffe von der Thier- und Menschen-Seele. 1881. Das neuro-psychische Contagium. 1881. Der heutige Monismus. 1881. Ein Fall von zweifelhafter Geistesstörung vor dem Geschwornengericht. Ausserdem übersetzte er aus dem Deutschen ins Russische: *Wundt*'s Grundzüge der physiologischen Psychologie (1880) und *Meynert*'s Mechanik der Geistesthätigkeit.

W. Kandynski war Mitglied der Moskauer ärztlichen, Moskauer psychologischen und St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft.

Der Tod *Kandynski*'s ist ein schwerer Verlust, den die russische Psychiatrie und Wissenschaft erlitten, denn seine Arbeiten trugen den Stempel der Originalität, Selbständigkeit, tiefer Beobachtungsgabe und unermüdlichen Fleisses und Ausdauer, in seinen hinterlassenen Papieren finden sich Beweise, dass er bis zu dem letzten Augenblicke wissenschaftlich thätig war, denn begonnene Aufzeichnungen enden mit den Worten „ich kann nicht weiter schreiben, denn ich sehe nicht mehr klar, Licht! Licht!"

Noch zu Lebenszeiten hatte er sich in der Nähe seiner Sommerwohnung einen ernst-melancholisch gelegenen Friedhof und Platz auf demselben ausgesucht, wo er beerdigt zu werden wünschte, und zu dieser seiner letzten Ruhestätte brachten ihn auf ihren Schultern seine Collegen und Untergebenen aus der Anstalt. Der Verstorbene war nicht nur Mann der Wissenschaft, sondern auch Mensch im schönsten Sinne des Wortes, er hatte ein warmfühlendes Herz für seine Umgebung, und wo er nur konnte, trat er stets helfend und lindernd ein, und damit erwarb er sich nicht nur die Achtung hoher und ihm gleichgestellter Personen, sondern auch eine unbegrenzte Anhänglichkeit, Hochachtung und Liebe seiner Untergebenen.

Dr. med. *A. v. Rothe.*

Anzeige.

Am 1. October d. J. tritt Sanitätsrath Dr. *Oebeke* von der Direction der hiesigen Heil- und Pflegeanstalt für Gemüths- und Nervenkranke zurück, bleibt aber als consultirender Arzt an derselben thätig. Die Leitung der Anstalt übernimmt Dr. *Heyden*, der seit 17 Jahren Arzt an derselben ist. Neben ihm fungirt noch ein approbirter Arzt als Assistenzarzt.

Endenich bei Bonn d. 30. September 1889.

Dr. *Oebeke*. Dr. *Heyden*.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Jul. Wagner*, Ritter von Jauregg, Privatdocent an der Univ. Wien, ist zum Prof. extr. der Psych. u. Neuropath. u. zum Dir. der dortigen Klinik,

Dr. *Fischer*, 3. Arzt der Heil- u. Pflegeanst. Illenau, ist zum Dir. der Grossh. Heil- u. Pflegeanst. in Pforzheim,

Dr. *Ch. Roller*, Dir. der Landesanstalt zu Brake bei Lemgo, ist zum Sanitätsrath,

Dr. *G. Landerer*, Dir. der Privatheilanstalt „Christophsbad“ in Göppingen, zum Sanitätsrath,

Dr. *Pelman*, Geh. Med.-Rath, Prof. u. Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Bonn, zum Mitgliede des Medicinalcollegii der Rheinprovinz ernannt worden.

Dr. *Snell*, Geh. San.-Rath u. Director der Prov.-Irrenanstalt zu Hildesheim, hat den Rothen Adlerorden 3. Cl. erhalten.

Dr. *M. Leidesdorf*, Prof. u. Dir. der psych. Klinik der n. östr. Landesirrenanstalt zu Wien u. Dir. der Privatheilanst. zu Oberdöbling bei Wien, ist nach längerem Leiden am 9. Oct. im 72. Lebensjahre gestorben.

Ueber 26 Fälle von progressiver Paralyse bei Frauen[1]).

Von

Dr. L. Greppin,
II. Arzt an der Irrenanstalt in Basel.

Bei Anlass des letztjährigen Berichtes der hiesigen Irrenheilanstalt habe ich in aller Kürze einige casuistische Mittheilungen über zwölf Fälle von progressiver Paralyse bei Frauen gemacht. Es sei mir gestattet, heute das gleiche Thema weiter zu behandeln und mein Augenmerk besonders auf die ätiologischen Momente, die hier in Betracht kommen, sowie auch auf den Symptomencomplex, auf den Verlauf, auf die eingeschlagene Therapie und auf den pathologisch-anatomischen Befund zu richten.

Wir verfügen im Ganzen über die Krankengeschichten von 26 weiblichen Paralytikern; 10 dieser Kranken wurden in den Jahren 1876 bis und mit 1885 aufgenommen; eine trat zum ersten Mal schon 1875 ein; 12 gehören der Periode von 1886 bis und mit 1888 an; 2 befanden sich ursprünglich im alten Versorgungshause und nahmen an der Uebersiedlung in die neue Anstalt theil; der letzte Fall endlich stammt aus dem Anfange des laufenden Jahres. — Wenn wir diese Zahlen berücksichtigen und besonders die Fälle in Betracht ziehen, die theils in dem Decennium von 1876—1885, theils aber in den Jahren 1886—1888 aufgenommen wurden, so fällt wohl in erster Linie die Zunahme der weiblichen Paralysen in den drei letzten Jahren auf; ich glaube jedoch, dass man deshalb noch nicht berechtigt ist anzunehmen, dass die Krankheit in Basel oder in unserer Umgebung in Zunahme begriffen sei; der Grund dieser ver-

[1]) Nach einem Vortrage in der med. Gesellsch. in Basel am 4. Juli 1889.

mehrten Aufnahmen ist wohl allein in dem Umstande zu suchen, dass die neue Anstalt während dieser Zeit bezogen wurde, und dass uns dadurch die Möglichkeit geboten war, zahlreichen Aufnahmegesuchen zu entsprechen. Gerade unter diesen 12 Fällen, die den Jahren 1886—1888 angehören, würden höchstwahrscheinlich sieben in das frühere Irrenhaus gar nicht eingetreten sein, da sie theils bessere Verhältnisse beanspruchten, theils aber direct aus dem Ausland stammten und nur deshalb Berücksichtigung fanden, weil in keiner Weise Mangel an Platz vorhanden war.

Zur Vervollständigung der allgemeinen statistischen Verhältnisse will ich ebenfalls gleich hier anführen, dass seit 1876 bis und mit 1888 = 848 Männer, davon 99 Paralytische oder 11,6 pCt. gegen 664 Frauen, davon 22 Paralytische oder 3,3 pCt. frisch, resp. zum ersten Mal bei uns aufgenommen wurden. Für den ganzen erwähnten Zeitraum fallen auf eine paralytische Frau 4,5 paralytische Männer; für die Jahre 1876—1885 auf eine paralytische Frau sieben paralytische Männer und endlich für den Zeitabschnitt von 1886 bis und mit 1888 auf eine paralytische Frau nur 2,41 paralytische Männer. — Der Grund dieses auffallenden Zuwachses von weiblichen Kranken überhaupt ist wiederum einzig in unseren neuen Anstaltsverhältnissen zu suchen, da im alten Irrenhaus gerade die Frauenabtheilung stets am meisten überfüllt war und daher viele Aufnahmegesuche abgewiesen werden mussten.

Betreffs der heimathlichen und Wohnortsverhältnisse dieser 26 paralytischen Frauen stammten 8 aus Basel, 7 aus der übrigen Schweiz und 11 aus dem Ausland, worunter nicht weniger als 7 aus dem Elsass; dagegen hatten ihren Wohnort 19 in Basel, 4 in der übrigen Schweiz (3 in den benachbarten Gemeinden Basellands) und 3 im Elsass. — In confessioneller Hinsicht sind 13 reformirt, 12 katholisch und 1 israelitisch, Zahlen, die wohl direct mit der Herkunft dieser Kranken in Beziehung stehen und daher mit der Krankheit nichts zu thun haben.

Wichtiger ist das Alter, in dem sich unsere 26 Patientinnen befanden, als sie erkrankten; nur 1 Frau hatte das 30. Jahr noch nicht erreicht, indem die ersten Krankheitssymptome sich mit dem 28. Lebensjahre zeigten; 3 befanden sich in der Altersperiode von 30—40 (zwei 34, eine 39); 8 in derjenigen von 41—45 (je eine 41, 42 und 44, zwei 43 und drei 45 J. alt); 9 von 46—50 (eine

46, zwei 47, drei 49, drei 50); 3 von 51—55 (51, 52, 54) und zwei endlich waren über 60 Jahre alt, nämlich eine 61 und eine 64. — Die grosse Mehrzahl der Erkrankungen fällt daher auf das eigentliche climacterische Alter, welchem, wenn man dasselbe auf den Zeitabschnitt vom 45. bis zum 52. Lebensjahre ausdehnt, nicht weniger als 14 unserer Fälle angehören.

Bei der Aufnahme waren 12 Patientinnen verheirathet, 9 verwittwet, 1 geschieden und 4 ledig.

Von den 22 Frauen hatte nur Eine nie concipirt; in einem Falle wird eine Frühgeburt, in einem anderen ein Abortus in der Krankengeschichte angeführt. Die Uebrigen sind Alle mit lebenden Kindern niedergekommen.

Bei Zweien handelt es sich um gehäufte, bei Dreien um schwere Geburten.

Unter den 4 Ledigen haben 2 ebenfalls normal geboren.

5 Mal waren bei der Aufnahme der Kranken sämmtliche, 10 Mal nur einzelne Kinder gestorben. In 6 Fällen lebten noch Alle.

Dem Berufe nach haben wir es mit 11 Arbeiterfrauen oder Wittwen zu thun, welche ausser der Haushaltung theils Fabrik-, theils Taglohndienste besorgten; 11 andere standen der Haushaltung allein vor, wovon zwei ein Hôtelwesen, je eine ein Goldwaaren-, ein Photographie- und ein ausgedehntes Näh- und Glättereigeschäft theilweise selbständig betrieben. Bei den 4 Ledigen handelt es sich um eine Köchin, eine Glätterin und 2 Mägde. — 16 gehören dem Arbeiter-, 10 dem Mittelstande an. — Im Jahre der Erkrankung traten 8 Frauen ein; bei 10 hatte die Psychose schon ein Jahr, bei 5 zwei, bei 1 drei und bei 2 vier Jahre vor der Aufnahme in unserer Anstalt begonnen.

Erblichkeit fand sich 16 Mal vor, und zwar kommen 7 Mal eigentliche Psychosen, 7 Mal organische Erkrankungen des centralen Nervensystems (4 Mal Gehirnapoplexie, 3 Mal Rückenmarkskrankheiten) und 2 Mal ausgesprochene Trunksucht bei den Angehörigen, sei es in auf- oder absteigender oder in den Seitenlinien, vor; bei den 10 übrigen Kranken konnte in keiner Weise hereditäre Belastung nachgewiesen werden.

Die grosse Mehrzahl unserer Patientinnen war früher körperlich gesund und geistig gut veranlagt; in einem einzigen Falle wird Schwachsinn leichten Grades mit früh sich geltend machenden mo-

ralischen Defecten angegeben; bei einem zweiten war die Kranke körperlich schwächlich, erkrankte einige Mal an somatischen Leiden; geistig dagegen ordentlich entwickelt. — Andererseits aber wird 5 Mal sehr gute intellectuelle Begabung mit grosser Energie und Willenskraft gepaart betont; in drei weiteren Fällen standen unsere Kranken jedenfalls über dem mittleren Maasse der geistigen Entwickelung.

Ausser der hereditären Prädisposition und den oben erwähnten schweren und gehäuften Geburten möchte ich als nähere ätiologische Momente, die zur Entstehung der Krankheit wohl in directe Beziehung zu bringen sind, das Climacterium 16 Mal anführen (bei zweien unserer Kranken trat die Abänderungsperiode sehr frühzeitig ein); 21 Mal waren geistige und körperliche Ueberanstrengungen, psychische Alteration, schwerer Aerger, viel Kummer u. s. w. vorangegangen; 4 Mal hatten die Patientinnen sehr viel am Kochheerd zu thun, setzten sich also der Einwirkung der Glühhitze aus; bei 2 Fällen ist Lues mit absoluter Sicherheit, bei 2 weiteren mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhanden; 2 hatten sich seit Jahren dem Trunke ergeben; in einem Falle war habituelles, intensives Kopfweh, das sich schliesslich zu einem organischen Hirnleiden entwickelte, in einem anderen eine schwere Pneumonie der geistigen Erkrankung vorangegangen.

Im Allgemeinen zeichnet sich die progressive Paralyse durch ein mehr oder weniger lange dauerndes Prodromalstadium aus; auch in unseren Fällen stossen wir auf solche schon früh sich geltend machende Symptome. Wir finden nämlich 15 Mal Klagen über Kopfweh, über Druck, Schwere, Hitze im Kopfe, über allerlei Parästhesien im ganzen Körper, dabei ganz speciell in den Extremitäten und im Unterleib, über Schwächegefühl in den Beinen, über gestörten Schlaf, dann auch über Schwindel, dem sich 2 Mal eigentliche Ohnmachtsanwandlungen mit Krämpfen verbunden anschlossen. Häufig hatten die Patientinnen dieser Beschwerden wegen ärztlichen Rath eingeholt und wurden als hysterische, hypochondrische, neurasthenische behandelt. In allen 26 Fällen sind dann in der Anamnese Angaben zu finden, dass die Kranken sich vor Eintritt der Störung psychisch bald mehr, bald weniger verändert hatten; 14 Mal handelt es sich um Abnahme des Gedächtnisses, um Vergesslichkeit; 10 Mal waren die Kranken nicht mehr im Stande, ihre

Arbeiten in der gewohnten Weise zu verrichten; 18 Mal machte sich eine auffallende Charakterveränderung in Form von gemüthlicher Reizbarkeit, von Empfindlichkeit geltend; die Patientinnen wurden misstrauisch, eigensinnig; es war schwer mit ihnen auszukommen; intercurrent dann und ohne nachweisbaren Grund waren sie gedrückter Stimmung; besonders in 2 Fällen wird letzteres Moment speciell hervorgehoben, so dass man direct von einem melancholischen Vorstadium reden kann.

Allen diesen Prodromalsymptomen ist die Erscheinung gemeinsam, dass die Kranken ein subjectives, manchmal sehr intensives Krankheitsgefühl besitzen; sie haben die Ahnung, einem schweren Leiden entgegenzugehen; sehen selbst ein, dass sie nicht mehr die Gleichen sind wie früher. Mit Eintritt der eigentlichen Störung verschwindet dieses Gefühl; die Patientinnen wähnen sich wieder völlig gesund, können nicht begreifen, dass sie einen Arzt brauchen, dass man sie einer Anstalt übergeben will. In unseren Fällen stossen wir nun mit dem erwähnten Zeitpunkte, der den Anfang der Krankheit kennzeichnet, auf folgende Eigenthümlichkeiten:

In erster Linie macht sich alle 26 Mal Geistesschwäche geltend; es handelt sich um Gedankenlosigkeit, um Vergesslichkeit; die Kranken wissen zeitweilig nicht, was sie thun; haben von einem Augenblick zum anderen vergessen, was sie soeben vorhatten; auf Fragen geben sie unpassende Antworten; sie reden und machen verkehrtes Zeug; speciell in ihrem Urtheil äussern sie sich als reducirt; jede Einsicht in die factischen Verhältnisse fehlt. — Mit dieser einfachen Dementia primaria Hand in Hand finden gehend, wir 21 Mal gemüthliche Reizbarkeit als ein der Umgebung sehr auffallendes Symptom notirt; die früher freundlichen, ruhigen, klardenkenden und mit Ueberlegung handelnden Patientinnen sind empfindlich, streitsüchtig geworden; der geringste Widerspruch regt sie auf; sie werden dadurch nicht selten gewaltthätig, benützen ganz gegen ihre frühere Gewohnheit die unfläthigsten, beleidigendsten Ausdrücke, nicht selten lassen sie sich sogar zu Thätlichkeiten hinreissen; Personen und Beschäftigungen, die ihnen früher am liebsten waren und am nächsten standen, lassen sie gleichgültig oder sind gerade die häufigste Veranlassung zu grundlosen Auftritten und lärmenden Scenen. In ihrer äusseren Erscheinung treten die Kranken auch ganz gegen ihre frühere Gewohnheit nachlässig

auf; es ist ihnen der Sinn für Reinlichkeit, für Ordnung mehr oder weniger abhanden gekommen. Neben der gereizten Stimmung und wohl durch dieselbe bedingt, stossen wir auf Aeusserungen der Patientinnen, dass sie sich verfolgt, beeinträchtigt wähnen; da man nicht allen ihren Wünschen entsprechen kann und sie im Urtheil geschwächt sind, meinen sie von Feinden umgeben zu sein und reagiren dann in entsprechender Weise dagegen; ja der Arzt bekommt häufig bei der Aufnahme der Anamnese und da die Angehörigen gerade auf die für sie gegen früher so eigenthümliche Charakterveränderung, die sie direct als Verfolgungswahn bezeichnen, aufmerksam wurden, den ersten Eindruck, dass es sich um eine einfache Paranoia handeln könnte. — Intercurrent finden wir dann schon in diesen Initialstadien bald mehr, bald weniger lang dauernde fröhliche, heitere Stimmung; dieselben sind besonders in 7 Fällen hervorgehoben, bei denen ausgesprochene Grössenwahnideen von Beginn an bestanden; die Kranken sind sehr reich, sie sind die schönsten Frauen der Welt, sie haben viele Männer, viele Liebhaber, prächtige Kinder, sie wollen Reisen unternehmen, grosse Geschäfte machen. Ab und zu und in 4 Fällen ganz besonders sind es im Gegentheil melancholische, hypochondrisch-depressive Ideen, die zur Beobachtung gelangen; die Patientinnen weinen, erheben Selbstanklagen; glauben schlecht gehandelt, sich versündigt zu haben; ihr Körper sei nicht mehr in der Ordnung; die Nahrung gehe nicht mehr durch.

Von der allergrössten Wichtigkeit sind die somatischen Symptome, welche bei Beginn der Störung beobachtet wurden und wohl zur Begründung der Diagnose ganz wesentlich beigetragen haben. Wir finden nämlich 18 Mal angegeben, dass die Kranken eine Sprachveränderung zeigten, die bald in Verlangsamung der Sprache, bald in mangelhafter Articulation derselben bestand; diese Symptome wurden entweder constant, seit Beginn der Psychose bemerkt oder aber nur intercurrent, entweder als Anschluss an paralytische Anfälle oder bei momentaner psychischer Aufregung. Ueber Kopfweh, Schwindel hatten 11 Kranke ziemlich constant geklagt; 10 Mal stellten sich gleich von Beginn an eigentliche epileptiforme Anfälle mit Bewusstseinsverlust und Sprachstörung ein. Die Dauer derselben war eine sehr wechselnde, indem die Kranken entweder schon nach einigen Minuten wieder vollständig zu sich kamen oder

aber einige Tage eine Art von Stupor mit intercurrenten Aufregungszuständen durchmachten; auch die Häufigkeit dieser Anfälle ist eine verschiedene und beschränkt sich bald auf einen einzigen, bald auf eine grössere Zahl derselben. Mangelnder Schlaf, Unruhe in der Nacht wird 12 Mal angeführt; grosse Hinfälligkeit, körperliche Schwäche bestanden 6 Mal und wurden wohl hauptsächlich durch die den Process begleitende Rückenmarkserkrankung bedingt; 1 Mal war eine schon weit vorgeschrittene Atrophie des Nervus opticus (bei bestehender Hinterstrangsklerose des Rückenmarks) lange vor der Aufnahme in die Anstalt diagnosticirt worden.

Hallucinationen wurden von der Umgebung nur in 3 Fällen beobachtet; 2 Mal waren es ausschliesslich Gehörs-, 1 Mal Gehörsverbunden mit Gesichtstäuschungen.

Endlich klagen die Angehörigen von 20 unserer Patientinnen über ihre motorische Unruhe; sie können nicht am gleichen Platze sitzen bleiben; sie fangen alle möglichen Arbeiten an ohne sie zu beendigen; laufen zwecklos umher.

3 Kranke hatten vor Eintritt in das Spital grössere Einkäufe gemacht, Werthpapiere, Geld, Kleider verschenkt, ihre Unterschriften am unrichtigen Orte gegeben; ein Mal liefen Beschwerden aus einem Nachbarhause ein, weil die Patientin Blumen in grosser Menge aus dem Garten riss und sich damit entschuldigte, dass ihr ja Alles gehöre. Ein Mal endlich zeigte sich eine hochgradige geschlechtliche Aufregung bei einer sonst durchaus soliden Frau; sie suchte dann diesen Trieb auf jede mögliche Art zu befriedigen, rief vorübergehende bekannte und unbekannte Männer in's Zimmer hinein u. s. w.

Bei der Aufnahme im Spital wurde folgender Status notirt. In psychischer Hinsicht bestand jedes Mal eine Veränderung in der Gemüthssphäre, indem 11 Patientinnen eine heitere, gehobene, euphoristische Stimmung zeigten, die häufig alle Charaktere einer ausgesprochenen Manie darboten; 8 Mal gab sich mehr ein ängstlicher, depressiver, hypochondrisch-melancholischer Zug kund und 7 Mal waren die Kranken völlig stumpf, apathisch, gleichgültig; sie standen da mit leerem, nichtssagendem Gesichtsausdrucke, machten von vornherein den Eindruck einer schon weit vorgeschrittenen Demenz. Grosse Reizbarkeit, Empfindlichkeit, häufiger Stimmungswechsel war gleich bei Eintritt in die Anstalt 18 Mal zu consta-

tiren; schlechtes, abgeschwächtes Gedächtniss 19 Mal; pathologisch vermindertes Urtheilsvermögen aber immer vorhanden. In nicht weniger als 14 Fällen endlich bestand eine ausgesprochene Bewusstseinsstörung, die 12 Mal so hochgradig war, dass eine objective Feststellung der factisch noch vorhandenen Urtheils- und Verstandeskräfte rein illusorisch gemacht wurde.

Entsprechend der Gemüthsstimmung war der Inhalt der Vorstellungen bald ein gehobener, heiterer: die Kranken fassten ihre Lage als äusserst günstig auf, es bestanden mehr oder weniger ausgesprochene, manchmal sehr intensive Grössenwahnideen; bald aber waren sie gereizt, unzufrieden; sie schimpften über Alles; sie wollten fort; wurden leicht erregt, gewaltthätig.

In der rein dementen Form, ebenso in den Fällen mit hypochondrischem oder mit nur leicht maniakalischem Charakter war der Gedankenablauf entschieden gehemmt, ja sogar bis auf's Aeusserste verlangsamt, während sich in den hochgradigen Erregungszuständen gleichwie bei der idiopathischen Tobsucht oder der acuten Verwirrtheit beschleunigter Vorstellungswechsel, häufiges Ueberspringen von einem Thema zum anderen, Ideenflucht zu beobachten war.

Der somatische Befund ergiebt uns nur 6 Mal ein schlechtes, allgemein kachektisches Aussehen; die grosse Mehrzahl unserer Kranken dagegen waren gut genährt, sie sahen relativ noch recht kräftig aus.

Pupillendifferenzen wurden 21 Mal gleich beim Eintritt constatirt: 12 Mal war die rechte, 9 mal die linke weiter. Mangelnde, träge Reaction auf Licht bestand 14 Mal an beiden Pupillen; 4 Mal nur rechts; 6 Mal nur links; in einem Falle war von früher her eine durch Verletzung entstandene Phthise des rechten Bulbus vorhanden, während die linke Pupille nur langsam reagirte; in einem zweiten endlich war die Reflexerregbarkeit beider Pupillen absolut unverändert. Ausgesprochene Sehnervenatrophie mit beginnender Amaurose wurde 1 Mal notirt; als zufälligen Befund endlich möchte ich einen Fall anführen, bei dem Herr College *Mellinger* nebst beginnender beiderseitiger leichter Sehnervenatrophie das Bestehen von markhaltigen Nervenfasern in der linken Retina diagnosticirte. Strabismus und Ptosis sind je 3 Mal, Nystagmus 4 Mal, leichter Exophthalmus 1 Mal angeführt.

Veränderungen in der Facialisinnervation, speciell in der Beschaffenheit der Nasolabialfalte ist 18 Mal, Zungentremor fibrillärer oder allgemeiner Natur 20 Mal vorhanden.

Eine deutliche Sprachstörung konnte nur in 4 Fällen nicht nachgewiesen werden; in den übrigen war entweder auffallende Verlangsamung der Sprache oder mangelhaftes Articulationsvermögen, Silbenstolpern u. s. w. zu constatiren.

Die Patellarreflexe sind 12 Mal vermindert oder ganz erloschen, 10 Mal erhöht.

Schlechter, unsicherer Gang, meistens mit *Romberg*'schem Symptom verbunden ist 7 Mal vorhanden; 9 Mal waren die Kranken von Beginn an unreinlich, da eine schon mehr oder weniger weit gediehene Blasenlähmung sich eingestellt hatte.

17 Patientinnen zeichneten sich durch grosse motorische Unruhe aus; bei 7 war das Bestehen von Sinnestäuschungen, speciell von Gehörs- und Gesichtshallucinationen von vornherein unzweifelhaft; bei 6 konnten Sensibilitätsstörungen, besonders in den Unterextremitäten, in objectiver Weise nachgewiesen werden.

Eine Kranke wurde aufgenommen während einer Serie von paralytischen Anfällen; sie war links völlig gelähmt. — 4 zeigten constante Zuckungen im Facialisgebiet, 2 endlich zeichneten sich durch auffallende, krampfartige Kaubewegungen des Unterkiefers aus.

Als Complication von Seite anderer Organe möchte ich 4 Mal ein Vitium cordis, 1 Mal eine Phthisis pulmonum und 1 Mal ein Carcinoma uteri anführen. Dass das Rückenmark und seine Häute in der grossen Mehrzahl der Fälle schon bei der Aufnahme mit afficirt war, ergiebt sich aus den oben mitgetheilten Störungen im Gebiete der Blase und der Unterextremitäten.

Durch diese vielleicht etwas trockene Aufzählung der wichtigeren ätiologischen Momente und der Symptome, die sich im Prodromal- und Initialstadium sowie auch bei der Aufnahme geltend machten, ist meine nunmehrige Aufgabe, nämlich die Betrachtung des weiteren Krankheitsverlaufs und des Ausgangs sehr wesentlich erleichtert. In der grossen Mehrzahl unserer Fälle handelt es sich nämlich um eine stetige Zunahme der sämmtlichen psychischen und somatischen Symptome, die zum schliesslichen geistigen und körperlichen Zerfall führen. In klinischer Hinsicht hatten wir 11 Mal das eigentliche klassische Bild der progressiven Paralyse; es handelt

sich um die primär auftretende und progressiv fortschreitende Blödsinnsform, bei der die Kranken ein apathisches, mehr gleichgültiges Wesen zeigen, in allen ihren psychischen Functionen sich als tief geschwächt erweisen und am besten mit schwachsinnigen Kindern verglichen werden können; auch hier macht sich dann häufig eine mehr oder weniger intensive motorische Unruhe geltend; die Patientinnen laufen zwecklos umher, rütteln an den Thüren, werden ab und zu auch aufgeregt, wenn man ihren einsichtslosen Wünschen, die sie nach einigen Minuten wieder völlig vergessen haben, nicht sofort nachkommt.

Ganz anders gestaltete sich aber das Bild in 10 weiteren Fällen; hier hatten wir es mit manchmal sehr hochgradigen Erregungszuständen mit maniakalischem Charakter zu thun. Die Hauptsymptome waren grosse psychische und motorische Unruhe, mehr oder weniger intensive Benommenheit mit Ideenflüchtigkeit verbunden, ausgesprochener Stimmungswechsel, der sich bald in Gehobenheit, verbunden mit Grössenwahnideen, oder aber in Reizbarkeit, rücksichtsloser Gewaltthätigkeit gegen die Umgebung kundgab. Auch hier fehlte, selbst in ruhigeren Momenten, jede Einsicht, jedes Vermögen, die factischen Verhältnisse richtig zu beurtheilen. Da mit der Aufregung meistens auch Schlaflosigkeit bestand, waren diese Kranken auch in der Nacht unruhig, polterten, demolirten, sangen, schrieen, zeichneten sich durch grosse Unreinlichkeit aus, gehörten überhaupt zu den Fällen, die jeder Annäherung und Behandlung schwer zugänglich waren.

3 Mal sind es hypochondrisch-melancholische Ideen, welche die Scene beherrschen; die Stimmung ist eine gedrückte; die Patientinnen weinen; erheben Selbstanklagen; glauben keinen Mund, keine Zunge, keinen Kopf, kein Herz u. s. w. mehr zu besitzen; möchten am liebsten sterben; machen ab und zu auch den Versuch, die Nahrung zu verweigern.

Ein Mal handelte es sich um eine Kranke, die längere Zeit hindurch neben mangelnder Einsicht, Gedächtniss- und Urtheilsschwäche typische Verfolgungsideen zeigte, die noch in Gehörs- und Gesichtshallucinationen ihre weitere Unterstützung fanden; man trachte nach ihrem Leben; die Wärterinnen laufen Nachts mit Pistolen herum, um sie zu erschiessen; besonders eine Wärterin hat böse Absichten auf sie; das weiss sie bestimmt, das habe sie

gehört; es wurden ihr eine Menge Sachen gestohlen, Geld, Uhr, werthvoller Schmuck u. s. w.

Ein Mal endlich wurde uns die Kranke aus der medicinischen Abtheilung zugeschickt, wo sie mit der Diagnose Status epilepticus aufgenommen worden war; sie war tief benommen, stuporös, und es stellte sich auch bei uns eine Serie von sehr schweren paralytischen Anfällen ein, denen sie nach einem 6tägigen Spitalaufenthalte, ohne ihre Besinnung völlig wieder erhalten zu haben, erlag. Nach der Anamnese stellte Patientin auch einen Fall von einfacher, klassischer Dementia paralytica dar.

Betreffs der während des Spitalaufenthaltes beobachteten speciellen Symptome kann ich mich ebenfalls kurz fassen, da sie im Wesentlichen mit denjenigen übereinstimmen, die bei der Aufnahme des Status praesens notirt wurden. Ich will nur bemerken, dass in allen Fällen, wo es möglich war die Kranken zum Schreiben zu veranlassen, auch eine Veränderung der Schrift zu constatiren war, die sich in zitternden Zügen bei der Verfertigung der Buchstaben und im Auslassen von Silben, Wörtern oder selbst von ganzen Sätzen kundgab. Ebenso konnten wir bei den 4 einzigen Kranken, die bei der Aufnahme keine nennenswerthe Sprachstörung zeigten, in der Folge auch eine solche notiren, in 2 Fällen allerdings trat dieselbe nur im Anschluss an Aufregungszustände ein und war nur von ganz kurzer Dauer.

Sinnestäuschungen konnten wir 8 Mal mit Sicherheit nachweisen; immer handelte es sich um Gehörs-, die einige Mal mit Gesichts- und Gemeingefühls-Hallucinationen verbunden waren. — Sehr häufig und fast in allen Fällen vorhanden sind Phantasmen, Delirien, die sich besonders mit und nach den Aufregungszuständen geltend machen; die Patientinnen kommen aus ihrem benommenen Zustande nicht heraus, verwechseln die Umgebung, deuten Alles falsch und halten ihre Träume für wahr; dadurch machen sie, wie der Delirant, eine Unzahl von Mittheilungen, die nur durch das Mitbestehen einer tiefen Bewusstseinsstörung erklärt werden können.

Eine eigene und sehr charakteristische Stellung nehmen im Verlauf der progressiven Paralyse die eigentlichen paralytischen Anfälle ein. Wir haben solche Insulte, die stets mit mehr oder weniger allgemeinen Krämpfen und mit Verlust des Bewusstsein

verbunden waren, bei 11 unserer Kranken beobachtet. 4 Mal waren sowohl die rechte wie die linke Seite gleichzeitig von Convulsionen befallen; 2 Mal begannen dieselben rechts, um allmälig auch auf die linke Extremität überzugehen, während der umgekehrte Fall wiederum bei 4 Patientinnen beobachtet wurde; 1 Mal endlich bestanden während des Anfalls lebhafte Krämpfe nur in der Gesichtsmusculatur, während Arm und Bein schlaff herunterhingen.

Die Häufigkeit, die Dauer und die Intensität dieser Insulte war bei jeder Kranken stets sehr verschieden, indem sie bald nur kurze, dem epileptischen Petit-mal entsprechende Anfälle darstellten, bald aber und zwar 5 Mal einen regelrechten Status epilepticus mit Grand-mal repräsentirten. Nachfolgende Parese und vollständige Paralyse der entsprechenden Körperhälfte, bei der die Convulsionen begonnen hatten, waren die Regel; auch konnte man regelmässig aphasische Störung, ja sogar Mutismus, Schluckbeschwerden, absolute Unreinlichkeit beobachten. In 5 Fällen bestand auf der einen Seite Lähmung, auf der anderen aber Contractur, die 1 Mal in der rechtseitigen Kaumusculatur so intensiv war, dass die zwischen den gut erhaltenen Zähnen eingeklemmte Zunge zu der Grösse einer Kleinkinderfaust in kurzer Zeit anschwoll und nur durch sofortige Anwendung des Mundsperrers und Liegenlasssen desselben während 2 mal 24 Stunden (ein dicker und starker Pantoffelzapfen war sofort durchgebissen worden) Abhülfe vor vollständiger Abtrennung der Zunge verschafft werden konnte. Zwei, vier bis acht Tage nach Aufhören des Anfalles waren dann auch die Lähmungserscheinungen mehr oder weniger wieder verschwunden; am längsten machte sich stets die Sprachstörung geltend.

Durch die obigen Zeilen habe ich schon die Aehnlichkeit der paralytischen Attaquen mit der Epilepsie, speciell mit der corticalen Epilepsie, betont; dieselbe wird noch augenscheinlicher, wenn man sieht, dass vor und nach den Krampfanfällen, oder aber auch, was durchaus nicht selten ist, an Stelle eines solchen, Aufregungszustände sich einstellen, bei denen die tiefbenommenen Kranken sich als motorisch hochgradig erregt erweisen und Tag und Nacht unruhig sind; somatisch sind dann besonders auffallend die Kopfcongestionen, das Verziehen der Gesichtsmuskeln, das Beben der

Lippen, die hastigen zwecklosen Bewegungen in Händen und Füssen u. s. w.

Ich möchte besonders 8 unserer Kranken hervorheben, bei denen sich meistens nicht eigentliche epileptiforme Krampfanfälle geltend machten, sondern wo im Gegentheil diese Zustände von tiefer Verworrenheit, von geistiger und motorischer Unruhe während einiger Tage bis einigen Monaten die Scene beherrschten. Auch in diesen Fällen konnte man übrigens, wenn die Geisteskräfte überhaupt noch in genügender Weise erhalten waren, nachher feststellen, dass absolute Amnesie oder höchstens nur sehr summarische Erinnerung an das Erlebte vorhanden war.

Von ebenfalls mehr allgemeinem Interesse sind die Temperaturverhältnisse bei unseren Kranken; normale Kurven sind nämlich bei keiner unserer Patientinnen zu verzeichnen, indem wir in den ruhigen Zeiten subnormalen, bei Eintritt von Aufregung oder ganz besonders in Anschluss an epileptiforme Anfälle oder deren Aequivalente manchmal recht hohen Fiebergraden begegnen, die in keiner anderen Weise als in der centralen Erkrankung ihre Erklärung finden können.

Wenn ich der Vollständigkeit halber noch die übrigen beobachteten Symptome und Complicationen ganz kurz anführe, so will ich in erster Linie bemerken, dass in der grossen Mehrzahl unserer Fälle das allgemeine Befinden als ein sehr gutes lange Zeit hindurch zu bezeichnen war; gestört wurde dasselbe meistens durch die acuten Erscheinungen, welche durch die Krankheit selbst bedingt waren (Schlaflosigkeit, Aufregung, Fieber, mitbegleitende Rückenmarkserkrankung, paralytische Anfälle, im Anschlusse daran grosse Prostration der Kräfte, Decubitus u. s. w.); in 5 Fällen hatten wir es, besonders bei Beginn der Behandlung, mit absoluter Nahrungsverweigerung zu thun, die theils in melancholisch-hypochondrischen Wahnideen, theils aber in der tiefen Benommenheit mit beständiger Exaltation wurzelten.

Mittelst consequenter Sondenfütterung konnten wir auch hier die Kräfte unserer Patientinnen lange in leidlicher Weise erhalten.

Von schwereren somatischen Leiden, die sich complicatorisch einstellten, habe ich 3 Mal Pleuropneumonien, 2 Mal Lungenphthise, 1 Mal Carcinoma uteri, 1 Mal nicht selten recidivirende Peritonitis zu nennen; bei einer Kranken machte die von Anfang an vorhan-

dene Neuritis optica rasche Fortschritte und führte zur Amaurose, in zwei Fällen hatten wir es mit traumatischen Einflüssen (1 Mal Rippenfractur; 1 Mal Contusion des Knies mit nachfolgender eitriger Gonitis) zu thun.

Sehr häufig wurde in Verbindung mit den paralytischen Anfällen Eiweiss im Urin constatirt, einmal konnte ich auch Zucker während und nach einem Status paralyticus nachweisen.

Zum Schlusse möchte ich als wohl seltene Vorkommnisse noch folgendes erwähnen: einmal Atrophie der kleinen Hand- und Fingermuskeln; dreimal beständige Kau-, Schluck- und Saugbewegungen; viermal Stunden und Tage hindurch Zähneknirschen; einmal deutliche Erscheinungen von Athetose in der rechten Hand; dreimal endlich frische luische Efflorescenzen in Form von Hautausschlägen, von Pemphigusblasen, von Zungengeschwüren.

Von unseren 26 Kranken wurden drei gebessert entlassen; über den einen Fall, der im Jahre 1884 in Behandlung stand und im März 1885 austrat, habe ich seither nichts Näheres in Erfahrung bringen können. Bei den zwei Anderen handelte es sich um eine 45- und eine 42jährige Frau, die nach kurzem Prodromal- und Initialstadium recht früh in die neue Anstalt eintraten und Beide das Bild hochgradiger Tobsucht mit Verworrenheit, exquisiten Grössenwahnideen darboten; auch die somatischen Symptome wie Kopfcongestionen, Differenzen in den Pupillen und Facialisinnervation, Sprachstörungen u. s. w. konnten constatirt werden, so dass wir an der Diagnose kaum zweifeln dürfen. Nach 5—6 Wochen stellte sich nach und nach psychische und motorische Beruhigung ein, die Patientinnen nahmen sich eher zusammen, zeigten mehr Klarheit in ihrem Gedankenablauf, dagegen war bis zuletzt Krankheitseinsicht, normales Erinnerungs- und Urtheilsvermögen nicht vorhanden; auch die Pupillendifferenzen, die abnorme Facialisinnervation blieben unverändert, während keine Sprachstörung mehr bestand. Unterm heutigen Datum leben beide Kranken noch; die Jüngere soll sich nach Aussage des Mannes geistig noch ordentlich erhalten haben, sei dagegen durch ein inzwischen aufgetretenes Unterleibsleiden körperlich sehr heruntergekommen. Die Aeltere besorge wieder in befriedigender Weise ihr Hauswesen, sei aber in geistiger und somatischer Hinsicht durchaus nicht mehr die Frühere.

Da in beiden Fällen die ganze Krankheitsdauer jetzt 3 Jahre nicht übersteigt (in einem Falle beträgt sie 1 J. 5 M.; im anderen 2 J. 9 M.), kann naturgemäss von einer dauernden Besserung jetzt noch keine Rede sein.

Ungeheilt entlassen sind 4 Kranke; zwei davon starben einige Zeit nachher, über die zwei Anderen besitze ich keine sicheren Nachrichten, dagegen ist die Annahme, dass von irgend einer Besserung gar keine Rede mehr sein konnte, durchaus berechtigt.

In der Anstalt leben momentan noch 5 unserer paralytischen Frauen; drei sind tief dement und zwei davon wurden schon einige Male von heftigen paralytischen Insulten befallen, die ihre Kräfte aufs Aeusserste abschwächten. Die zwei Anderen sind zwar geistig schon bedeutend reducirt, befinden sich aber momentan in einem Zustande von Remission, sind ziemlich bei sich und können leichte Hausarbeiten noch leidlich besorgen.

In der Anstalt selbst endlich sind 14 unserer Fälle letal abgegangen; die directe Todesursache war dreimal allgemeiner Marasmus mit Decubitus und eitriger Cystitis; sechsmal starben die Patientinnen im paralytischen Anfalle oder an dessen directen Folgen (Lungenödem); einmal ist eine Pleuropneumonie, zweimal Phthisis pulmonum und, wohl als seltene Complication, zweimal Carcinoma uteri zu verzeichnen.

Die mir bekannte vollständige Krankheitsdauer aller Fälle möchte ich folgendermaassen feststellen:

—1 Jahr 1 Fall (in einer heimathlichen Anstalt gestorben).
1—2 Jahre 11 Fälle (1 gebessert, 2 ungeheilt entlassen; 3 jetzt noch in Behandlung; 4 hier, 1 zu Hause gestorben).
2—3 Jahre 7 Fälle (1 gebessert entlassen, 6 hier gestorben).
3—4 Jahre 2 Fälle (beide hier gestorben).
4—5 Jahre 4 Fälle (1 gebessert entlassen; 2 noch in Behandlung; 1 hier gestorben).
5—6 Jahre 1 Fall (hier gestorben).

In therapeutischer Hinsicht wurde, was medicamentöse Behandlung anbetrifft, symptomatisch verfahren; wir suchten in erster Linie den Kranken ihre Nachtruhe zu verschaffen und gaben ihnen zu diesem Zwecke Brompräparate, meistens verbunden mit 1,0—3,0 Chloral; in der grossen Mehrzahl der Fälle genügten 1,5—2,0 Chloral, mit 3,0 Natrii bromati verbunden, vollständig.

Verweigerten die Patientinnen das Mittel, so griffen wir zu Morphium- und Opium-, in den letzten Jahren auch zu Hyoscininjectionen (von letzteren $^1/_2$—1 milligr. pro die); der Erfolg war ein wechselnder, im Allgemeinen aber doch ein günstiger.

Gestützt auf die nicht ermuthigenden Erfahrungen, die wir mittelst Sulfonal zur Bekämpfung der Aufregungszustände unserer männlichen Paralytiker machten, sahen wir bis jetzt von der Anwendung dieses Hypnoticum bei unseren weiblichen Kranken ab.

Als sehr gutes und in seiner Wirkung häufig sicheres Beruhigungsmittel sind die lauwarmen Bäder von 25—30 Minuten Dauer in Gebrauch gezogen worden; nach denselben wurde stets möglichst anhaltende Bettruhe angeordnet, wie denn überhaupt, wie bei allen maniakalischen Formen, die Bettruhe stets versucht wurde.

Bei Eintritt der paralytischen Anfälle machen wir kühle Wasserumschläge auf der Stirn (kein Eisbeutel, da bei Anwendung desselben häufig Reizsymptome sich einstellen) und sorgen in erster Linie für regelmässige Stuhl- und Wasserentleerung. Mit der inneren Verabreichung von Medicamenten oder auch mit der Einnahme von Nahrungsmitteln muss man äusserst vorsichtig sein, weil meistens Schluckbeschwerden bestehen, so dass man stets Schluckpneumonien zu befürchten hat.

Bei Herzschwäche kam natürlich Digitalis, dann auch Alkohol, Aether u. s. w. zur Verwendung. Häufig versuchten wir das Jodkali; einige Mal bei gleichzeitiger Hinterstrangaffection des Rückenmarks das Argentum nitricum; in den Fällen endlich, wo Atrophie des Sehnerven constatirt wurde, erhielten unsere Kranken längere Zeit hindurch Strychnininjectionen, ohne dass wir dadurch wesentliche Resultate erzielt hätten.

Als das wichtigste therapeutische Hülfsmittel bei diesen Zuständen ist aber die Anstalt selbst zu betrachten: schon dadurch, dass die Patientinnen von der Mitte, in der sie erkrankten, entfernt werden, fällt eine grosse Zahl von immer neu wirkenden Reizen hinweg. In der Anstalt ist es nun möglich, ihnen die nothwendige Ruhe zu verschaffen und sie nach und nach, so weit als thunlich, wieder an Ordnung und Reinlichkeit zu gewöhnen.

Die mehr oder weniger lang dauernden Remissionen, die wir an einigen unserer Kranken zu verzeichnen haben, sind sicher nur auf Rechnung der geordneten Lebensweise, die diesen Unglück-

lichen in vollem Maasse geboten wird, zu setzen; wissen wir ja genug aus Erfahrung, wie schnell neue Exacerbationen sich einstellen, wenn gegen den ärztlichen Rath die Angehörigen wieder einen Versuch zu Hause machen wollen.

Zum Schlusse komme ich auf den pathologisch-anatomischen Befund zu sprechen. Wir verfügen über 14 Sectionsberichte; in 7 Fällen wurden Gehirn und Rückenmark einer mehr oder weniger genauen mikroskopischen Prüfung unterzogen. Die allgemeinen Resultate, die dabei erzielt wurden, sind folgende:

Verdickungen des Schädeldaches, bald diffuser, bald aber mehr circumscripter Natur werden 7 Mal notirt. — Pachymeningitis externa et interna 8 Mal; 3 Mal handelte es sich um die hämorrhagische Form; 5 Mal nur um derbe Verwachsungen theils mit dem Schädeldach selbst, theils aber mit den zarten Hirnhäuten.

In allen 14 Fällen bestanden Trübungen und Verdickungen der Pia; der leptomeningitische Process war stets am stärksten und am deutlichsten über die vorderen Theile des Gehirns, speciell über die Stirn, Central- und oberen Parietalwindungen verbreitet, dann besonders auch längs des Sinus longitudinalis. Verwachsungen zwischen Pia und äussersten Schichten der Hirnrinde waren 8 Mal vorhanden, und zwar erwiesen sich dieselben nicht als diffus verbreitet, sondern erstreckten sich vorzüglich ebenfalls über die obenerwähnten Bezirke.

Hydrocephalus externus et internus wird 9 Mal, Ependymitis granulosa, welche mit Vorliebe den Boden des IV. Ventrikels befällt, 10 Mal speciell hervorgehoben. 7 Mal sind die Arterien an der Basis in auffallender Weise atheromatös verändert; 1 Mal handelte es sich um die specifische Arterienentzündung; 4 Mal sind die Nervi optici atrophisch und auf dem Durchschnitte grau verfärbt; 1 Mal endlich stösst man auf zwei kleine Heerde, von denen einer im Nucleus lentiformis sin., der andere im Thalamus opticus dexter seinen Sitz hat.

Ueber den Blutreichthum des Gehirns wird 10 Mal Anämie, 4 Mal Hyperämie angeführt; ebenso wurde nicht weniger als 10 Mal betont, dass bei Durchschnitten die Consistenz der Gehirnsubstanz eine derbe sei.

Den eigentlichen Grad der bestehenden Gehirnatrophie können wir am besten nach dem Gehirngewicht beurtheilen. Das leich-

teste Gehirn wog 978,0, das schwerste 1168,0, die Durchschnittszahl für 12 Gehirne[1]) ergiebt uns 1079,0; es fehlen also durchschnittlich 166,0, um den Mittelwerth des Gehirngewichts bei Frauen zu erreichen (nach *Hoffmann* und *Rauber* beträgt dasselbe 1245,0).

Das Rückenmark wurde 12 Mal herausgenommen, 5 Mal fand sich ein pachymeningitischer, 10 Mal ein leptomeningitischer Process vor. Graue Verfärbungen in den Hintersträngen allein wird 2 Mal, in den Seitensträngen nur 1 Mal angeführt, während 4 Mal sowohl die Hinter- wie auch die Seitenstränge (Pyramiden-Seitenstrangbahn) degenerirt erschienen; 5 Mal konnten makroskopisch keine pathologischen Veränderungen nachgewiesen werden.

Ueber den Befund an den übrigen Organen möchte ich nur bemerken, dass 3 Mal schwere Pleuropneumonien, 3 Mal Phthisis pulmonum, 5 Mal Klappenerkrankungen des Herzens, 2 Mal Nephritis, 2 Mal Carcinoma uteri und 1 Mal gummöse Neubildungen in Leber, Milz und Lunge sich vorfanden.

Die Resultate, welche wir mit der mikroskopischen Untersuchung des Centralnervensystems unserer 7 Fälle erzielten, lassen sich in einigen Sätzen folgendermaassen zusammenstellen:

Stets fand sich eine Veränderung einzelner Arterien und Capillaren und zwar ganz besonders im Bereiche der Hirnrindenpartien, die vor der Centralwindung gelegen sind. Sie bestanden in einer mehr oder weniger starken Verdickung sämmtlicher Gefässwandungen; die subadventitiellen und perivasculären Räume enthielten zahlreiche, ausgewanderte Rundzellen; nicht selten war auch eine Pigmentablagerung daselbst zu constatiren. Die Ausdehnung des Processes in der einzelnen Windung war eine verschiedene; am stärksten afficirt erwiesen sich stets die in den äussersten Schichten der Hirnrinde gelegenen Gefässe; dazwischen fanden sich aber noch immer viele Arteriolen und Capillaren, die normal erschienen.

Ein weiterer constanter Befund war Wucherung des Bindegewebes, die ebenfalls über die oben bezeichneten Bezirke sich besonders ausdehnte und vorzüglich die äussersten Schichten der

---

[1]) In zwei älteren Sectionsprotocollen ist das Gehirngewicht leider nicht notirt worden.

Hirnrinde einnahm. Während nämlich unter normalen Verhältnissen die Deiter'schen Zellen sehr zarte Gebilde darstellen, haben wir es hier mit einem dichten und derben Filzwerk zu thun, das sich mit Carmin und Eosin intensiv roth färbt und in dem man ohne Mühe grosse, zahlreich verzweigte Spinnenzellen erkennt.

Die frühere Annahme, dass die Ganglienzellen der Hirnrinde bei der progressiven Paralyse massenhaft zu Grunde gegangen seien oder deutliche pathologische Veränderungen zeigten, konnte ich im Allgemeinen bei Anwendung der neueren Färbungsmethoden ebenfalls nicht bestätigen; ich fand stets sehr zahlreiche, durchaus gut erhaltene Ganglienkörper. Dass aber dieselben dennoch in verminderter Anzahl vorkommen, kann man am besten nachweisen, wenn man dünne Schnitte aus dem ganz gleichen Stirnhirnabschnitte eines normalen und eines paralytischen Gehirns nach *Nissl* gefärbt vergleicht. Es ist dann möglich zu constatiren, dass beim krankhaft veränderten Präparat die Ganglienzellen weniger zahlreich vorhanden sind als beim normalen, dass aber dafür mehr freie Kerne sich geltend machen.

Ebenso ist es zweifellos, dass die frische Untersuchung des Organs mittelst Zupfpräparaten das Bestehen von in Zerfall begriffenen (fettige, pigmentöse Entartung) Zellkörpern bestimmt nachweisen lässt.

In allen 7 Fällen konnte ich endlich einen deutlichen Schwund der markhaltigen Nervenfasern der grauen Hirnrinde feststellen. Auch hier war der Process über die vorderen Gehirnabschnitte am stärksten verbreitet und betraf vorzüglich die zonalen Fasern, welche parallel der Hirnoberfläche dicht unter der Pia hinziehen oder aber den äusserst feinen Nervenplexus, der die zellenarme Schicht und diejenige der kleinen Pyramiden einnimmt. Aber auch die gröberen radiären Bündel erwiesen sich vielfach, selbst bis in der Nähe der weissen Substanz, als in ihrer Zahl und in ihrer Stärke reducirt.

Ueber die nicht constant beobachteten pathologischen Veränderungen, die theils punktförmige Hämorrhagien in der grauen oder weissen Substanz, theils aneurysmatische Erweiterungen der kleinen Gefässstämme darstellen, will ich mich hier nicht näher einlassen; ich möchte nur bemerken, dass ich die typische Form der luetischen Arterienentartung im Gehirn der einen Frau, bei

der Gummata der Leber, Lunge und Milz sich vorfanden, nicht feststellen konnte.

Veränderungen im Rückenmark unserersieben Patientinnen waren immer vorhanden und konnten in drei Fällen constatirt werden, bei denen sich makroskopisch nichts Auffallendes vorfand. Es handelte sich stets um Körnchenkugelnmyelitis und um Wucherung des bindegewebigen Theils der Neuroglia, welche 4 Mal die Hinterstränge und die Pyramiden-Seitenstrangbahn gleichzeitig betraf, 2 Mal nur auf die Seitenstränge, 1 Mal nur auf die Hinterstränge beschränkt blieb.

Diesen mehr speciellen, auf unsere Krankengeschichten und auf eigene Beobachtungen sich stützenden Mittheilungen erlaube ich mir noch einige kurze Bemerkungen mehr allgemeinen Inhalts hinzuzufügen.

In erster Linie möchte ich die Krankheitsursachen in Betracht ziehen und dabei bemerken, dass unsere Beobachtungen im Allgemeinen mit denjenigen übereinstimmen, die auch in anderen Anstalten gemacht wurden.

So finden wir in gleicher Weise wie *Sander*[1], *v. Krafft-Ebing*[2], *Jung*[3], *Schüle*[4], dass das climacterische Alter als ein wichtiges ätiologisches Moment auch in unseren Fällen aufzufassen ist. Indem nämlich nicht nur 16 unserer Patientinnen gerade im Climacterium sich befanden, als sie erkrankten, sondern auch die Symptome der Paralyse, speciell ihr Prodromalstadium, Hand in Hand mit den sich einstellenden Menstruationsanomalien einhergingen, kann von einem zufälligen Zusammentreffen beider Processe kaum die Rede sein.

Damit soll aber nicht behauptet werden, dass nur in einem einzigen unserer Fälle der climacterischen Periode allein Schuld an der Erkrankung beigemessen werden kann; im Gegentheil, es machen sich stets andere Factoren geltend, von denen besonders zwei eine sehr wichtige Rolle spielen und als solche ebenfalls von *Siemerling*[5] in seiner letzten Arbeit über das gleiche Thema in ganz specieller Weise hervorgehoben werden. Dieselben sind die geistigen und körperlichen Ueberanstrengungen im weitesten Sinne des Wortes (21 Mal) und die hereditäre Prädisposition (16 Mal), während die übrigen ätiologischen Ursachen weniger allgemeine Bedeutung erlangen dürften. Als auffallend ist immerhin der Um-

stand bei unseren Kranken zu bezeichnen, dass relativ so selten (4 Mal) luetische Antecedentien nachweisbar sind. Berücksichtigt man jedoch die gleich Anfangs erwähnten neuen Anstaltsverhältnisse, so ist es begreiflich, dass ein endgültiges Urtheil über die Wechselbeziehungen zwischen vorangegangener Lues und Erkrankung der weiblichen Bevölkerung Basels und Umgebung an progressiver Paralyse noch nicht möglich ist.

Die Beobachtung, dass Frauen aus den mittleren und niederen Ständen mit Vorliebe an progressiver Paralyse erkranken, findet auch bei uns ihre Bestätigung und kann wohl nur durch den sich besonders hier lebhaft gestaltenden Kampf ums Dasein und die dadurch bedingte vermehrte Hirnthätigkeit erklärt werden.

Symptomatologisch konnte ich mich auf Grund unserer Beobachtungen nicht überzeugen, dass die Paralyse bei Frauen sich von derjenigen bei Männern wesentlich unterscheidet; wenn in anderen Anstalten constatirt wurde, dass die einfache Dementia paralytica primaria bei weitem an Häufigkeit die übrigen Formen überwiegt, so sehen wir fast die Hälfte unserer Fälle mit ausgesprochenem maniakalischen Charakter verlaufen. Auch die für Männer so typischen Grössenwahnideen fehlen bei unseren Frauen durchaus nicht; auch sie schwelgen in Millionen und Milliarden, haben grosse Reisen zu machen, sind unternehmungslustig, verkehren mit Gott, mit Kaisern und Königen u. s. w. — Natürlich wird hier, wie bei den übrigen Psychosen, der in der Geschlechtssphäre entstehende krankhafte Ideenkreis häufig ein anderer als beim Manne sein, ohne dass man berechtigt ist, daraus charakteristische Merkmale zur Unterscheidung der Paralyse bei der Frau oder beim Manne zu entnehmen.

Bei der Berücksichtigung der differential diagnostischen Momente will ich von der Beschreibung der progressiven Paralyse ausgehen, wie sie in unserer Klinik von Herrn Prof. *Wille* gegeben wird. Es handelt sich nämlich „um eine manchmal subacut, in der Regel chronisch verlaufende organische Hirnkrankheit, die mit psychischen, motorischen, sensiblen, vasomotorischen Störungen beginnt, die vielfach ursprünglich den Charakter der Schwäche an sich tragen, im weiteren Verlaufe immer mehr und mehr diesen Charakter annehmen, um schliesslich in Lähmung und Tod überzugehen".

Diese Grundsymptome machen sich bei unseren 26 Fällen in ausgesprochener Weise geltend; dennoch können bei einer Kranken Zweifel entstehen, ob wir es mit der eigentlichen Paralysis progressiva zu thun haben, oder ob nicht die ganze Psychose als ein seniler Process aufzufassen ist. Die 64jährige Patientin wurde in einem Zustande von Benommenheit und Verwirrung, verbunden mit hochgradiger motorischer Unruhe aufgenommen, und bald zeigte sich, wie intensiv der Defect in der psychischen Sphäre ausgesprochen war; nichts destoweniger würde ich an der Diagnose Dementia senilis mit Aufregung festgehalten haben, wenn nicht mit den psychischen eine Reihe von motorischen Symptomen (fibrilläres Zittern der Zungenmusculatur, Sprachstörung, paralytische Schrift) aufgetreten wären, die an das Bild des eigentlichen paralytischen Irreseins durchaus erinnerten; auch sprach die ätiologische Entwicklung der Krankheit mehr für die zweite als für die erste Annahme.

Ein zweiter Fall betrifft eine Frau, welche uns im Jahre 1885 aus der medicinischen Klinik zugesandt wurde und während der 6 Tage der Beobachtung eine Reihe von sehr ausgesprochenen Krampfanfällen mit nachfolgender und bis zum Tode bleibender Lähmung darbot; die Bewusstseinsstörung war eine sehr tiefe und die Anamnese konnte erst später von den Angehörigen genau notirt werden. Hier lag es nun auf der Hand, in erster Linie an eine Heerderkrankung des Gehirns und nur in zweiter Linie an einen diffusen Process mit sich daran anschliessenden epileptiformen Zuständen zu denken. Die Section ergab nun, dass die zweite Diagnose die richtige war.

Endlich will ich noch hier bemerken, dass wir gegenwärtig über einen Fall in unserer Klinik verfügen, bei dem es auch nicht mit absoluter Sicherheit möglich ist, bis jetzt die Differentialdiagnose zwischen Heerderkrankung des Gehirns resp. langsam wachsendem Tumor cerebri oder genuiner progressiver Paralyse zu stellen. Die vorhandenen somatischen Störungen von Seiten der Gehirnnerven, welche sowohl das Gebiet des Oculomotorius, des Facialis und des motorischen Astes des Trigeminus betreffen, haben einen so constanten, seit der im Januar dieses Jahres erfolgten Aufnahme unveränderten Charakter, dass die Vermuthung einer bestehenden Geschwulst sehr nahe liegt, während auf der anderen Seite die anamnestischen Momente mehr für Paralyse sprechen.

In pathologisch-anatomischer Hinsicht hat die wichtige Frage, ob die Krankheit die nervösen Elemente primär befällt, oder ob dieselben erst secundär, durch bindegewebige Wucherung zu Grunde gehen, durchaus noch nicht ihre definitive Lösung erhalten. Jedenfalls machen sich in den allerersten Stadien der Krankheit nicht nur congestive Zustände, die auf eine active Betheiligung der Gefässe und Lymphbahnen deuten, geltend, sondern es sind auch entschiedene, psychische Ausfallserscheinungen vorhanden; die Annahme daher, dass in erster Linie ein entzündlicher Process in den Ganglienzellen und in den Nervenfasern stattfindet, welcher die hochgradige Gehirnhyperämie hervorruft, hat viel Wahrscheinlichkeit für sich. Bei der grossen Seltenheit, so frisches Material zur Untersuchung zu bekommen, welches ausserdem in so frischen Stadien doch nur eine unsichere Diagnose erlauben dürfte, ist es meines Erachtens noch nicht möglich, diese Frage endgültig und ohne zur Hypothese seine Zuflucht zu nehmen, zu beantworten. Auch ist die Möglichkeit durchaus nicht ausgeschlossen, dass ursprünglich grundverschiedene Processe im Central-Nervensystem ihren Anfang genommen haben, um secundär das vollständige pathologisch-anatomische Bild der uns beschäftigenden Krankheit herbeizuführen.

Der schon oben mitgetheilte Ausgang, den unsere 26 Fälle von paralytischem Irresein genommen haben, wird wohl genügen, um die schlimme Prognose dieses Leidens nochmals zu bestätigen. — Meistens hatte eben die Krankheit, als wir sie in Behandlung bekamen, schon solche Fortschritte gemacht, dass von einer vollständigen geistigen Restitution kaum mehr die Rede sein konnte.

Trotzdem glaube ich nicht abschliessen zu dürfen, ohne die von den Fachgelehrten wohl allgemein anerkannte Thatsache anzuführen, dass die progressive Paralyse in ihrem Prodromalstadium und in ihrem ersten Beginn sehr häufig ein dankbares Feld für eine einsichtsvolle Therapie ergeben muss. Hier wird allerdings nicht der Psychiater in erster Linie um seinen Rath gefragt werden, sondern es ist der practische Arzt, dem zuerst die Aufgabe obliegt, die schwebende Gefahr, in der sich die betreffenden Patienten oder Patientinnen befinden, zu erkennen und die nöthigen Maassregeln zu treffen, um womöglich die Krankheit in ihrem perniciösen Verlaufe zum Stillstand und zur Heilung zu bringen.

Neben der mannigfaltigen symptomatischen Behandlung, die sich jedes Mal nach dem einzelnen Falle zu richten hat, wird man wohl sein Hauptaugenmerk dahin lenken, dass der Kranke absolut psychische Ruhe nothwendig hat, und dass er dieselbe unbedingt finden muss. Diese Aufgabe wird erfüllt, wenn der Patient sich von der ihn aufregenden und ermüdenden gewohnten Beschäftigung lossagt und seinen Aufenthalt an einem durchaus stillen Orte nimmt, wo er zu gleicher Zeit ärztlichen Rath und ärztliche Controlle finden kann. Weite Reisen, die beliebten Curen in einer Wasserheilanstalt sind hier absolut zu verwerfen, da sie dem Zwecke, den man verfolgt, nämlich Herbeischaffung von Ruhe für das durch vermehrte Thätigkeit ermüdete Gehirn, direct entgegenlaufen. Dass in diesen Anfangsstadien der Krankheit die Irrenanstaltbehandlung nur äusserst selten ihre Indication finden kann, ist wohl als selbstverständlich anzusehen.

Für die gütige Ueberlassung des Materials spreche ich Herrn Prof. *Wille* meinen ergebensten Dank aus.

Literatur.

[1] *Sander*, Berliner klinische Wochenschrift. 1870.

[2] *v. Krafft-Ebing*, Archiv für Psychiatrie. Bd. VII.

[3] *Jung*, Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 35.

[4] *Schüle*, Klinische Psychiatrie. *v. Ziemssen*'s Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. XVI. Band, 3. Auflage. 1886.

[5] *Siemerling*, Charité-Annalen. XIII. Jahrgang, 1888.

Ueber die Art und Häufigkeit der Erkrankung des Rückenmarks bei der progressiven Paralyse.

Von

Dr. Köberlin,
k. Oberarzt der Kreisirrenanstalt Erlangen.

(Hierzu Tafel I.)

Seit etwa 2 Jahren habe ich bei jeder Section paralytischer Kranker das Rückenmark herausgenommen und untersucht, um mich über die Häufigkeit der Rückenmarkserkrankung und die Art derselben bei der Paralyse näher zu informiren. — Aeussere Umstände hinderten natürlich manchmal die Untersuchung, so dass es nicht möglich war, alle zur Section gekommenen Fälle heranzuziehen; doch konnte ich fast immer das Rückenmark erhalten und verfüge nunmehr über 23 Fälle. Das Resultat dieser hauptsächlich pathologisch-anatomischen Studie im Nachfolgenden zu veröffentlichen, ist meine Absicht.

Zuerst hatte ja *Westphal* (Archiv f. Psych. Bd. I) die Aufmerksamkeit auf unsern Gegenstand gelenkt, dann *Tuczek* und Andere sich mit dieser Frage beschäftigt.

Was mich zur Untersuchung genannter Materie reizte, war die Ueberzeugung, dass sicherlich einige Fälle von beginnender Degeneration im Rückenmark mir zufallen würden. In der That wurde ich in meiner Hoffnung nicht getäuscht.

Als ein missliches Moment, das bei der Untersuchung oft zweifelerregend wirkte, ist hervorzuheben, dass — wie bei andern pathologischen Processen — es auch hier keine absolute Grenze zwischen „Normal“ und „Pathologisch“ giebt; handelt es sich ja beim vorliegenden Untersuchungsgegenstande darum, zu constatiren,

ob die Nervenfasern im Rückenmark an Zahl und an Stärke abgenommen haben, ob dieselben atrophirt sind, ob das Gliagewebe in dem oder jenem Bereich vermehrt, gewuchert ist oder nicht.— Dass diese Entscheidung manchmal recht schwierig, fast unmöglich ist, dass die Subjectivität hierbei eine Rolle spielt, liegt auf der Hand.

Nun einige technische Vorbemerkungen.

Die Härtung des Rückenmarks wurde in Müller'scher Lösung vorgenommen, dann wurden Stückchen aus dem Hals-, Brust-, Lendenmark genommen und in absolutem Alkohol einige Tage nachgehärtet; die Einbettung geschah in Celloidin. In Müller'scher Lösung liess ich das Rückenmark 10—12 Wochen.

Die Schnitte selbst wurden meist nach *Weigert* (Hämatoxylin — Ferridcyankali), zum Theil auch mit Alaun- und Ammoniak-Carmin (Beale'sche Lösung) gefärbt.

Auch die *Pal*'sche Methode versuchte ich (hypermangansaures Kali — Oxalsäure), wobei ich zum Theil schöne Bilder erhielt, zum Theil aber auch nicht. Letzterer Umstand schreckte mich ab. — Ich kehrte immer wieder zur Weigert'schen Färbung zurück, die eben weitaus die schönsten Bilder liefert. Die Nervenfasern imponiren durch ihre wunderschöne Blaufärbung, während das Stützgewebe sowie auch die Ganglienzellen von der Differenzirungsflüssigkeit gelb-bräunlich tingirt werden.

Folgende Abkürzungen, die ja leicht zu verstehen, habe ich mir im Nachfolgenden erlaubt: R. M. = Rückenmark, H. Str. = Hinterstränge, Py. S. Str. = Pyramidenseitenstränge, H. M. = Halsmark, D. M. = Dorsalmark, L. M. = Lendenmark.

Die Zeichnungen (Tafel I.) entsprechen genau dreimaliger Vergrösserung des jeweiligen gehärteten und gefärbten Schnittes; nur bei Fall I, X, XXIII handelt es sich um eine stärkere Vergrösserung.

I. R. M. I. stammt von einem 42 J. alten, verh. Kaufmann, der den Feldzug 1870/71 mitmachte und bei Sedan einen Schuss in die eine Schulter erhielt. — Im Jahre 1873 (?) wurde er nach Angabe des Hausarztes antiluetisch behandelt, heirathete nach mehreren Jahren und erzeugte mehrere, ganz gesunde Kinder. — Verluste im Geschäft veranlassten gemüthliche Depression, Selbstmordgedanken.

Auf dieses melancholische Vorstadium folgte nervöse Aufregung, Schlaflosigkeit, weshalb der Kranke in's Bad ging. — Er blieb jedoch nur we-

nige Tage dort, kehrte alsbald wieder nach Hause zurück, hatte aber in dieser kurzen Zeit eine unverhältnissmässig hohe Summe Geldes verausgabt. — Kurz danach reiste der Kranke ohne Wissen des Arztes und der Seinigen in ein anderes Bad, — lebte hier herrlich und in Freuden, — schickte Telegramme auf Telegramme ganz ohne jeden Sinn und Zweck. — Schleunigst nach Hause zurückgebracht, war er in fidelster und bester Stimmung, — verfasste ein Manuscript, das er drucken lassen wollte, — sprach von Erbschaft, Orden u. dergl. — Der Verlauf der Krankheit in der Anstalt entsprach einer typischen, progressiven Paralyse. Die Erregung nahm zu, der Kranke schwelgte in paralytischen Grössenideen, — Sprache und Schrift wurden mehr und mehr charakteristisch; die Lähmungserscheinungen nahmen zu; mehr und mehr Incontinenz. — Mehrere apoplectiforme Anfälle traten auf; geistig verblödete der Kranke beträchtlich. Der Gang war schwerfällig, schleppend; das Kniephänomen immer sehr prompt; keine auffallende Muskelrigidität. — Der Aufenthalt des Kranken in der Anstalt betrug $1^1/_4$ Jahr, die Dauer der Krankheit überhaupt mindestens $1^1/_2$ Jahre. Der Tod erfolgte im paralytischen Anfall.

Die Gehirnsection ergab: dünnes Schädeldach; — Hyperämie der Dura; — geringgradige chron. Pachymeningitis int. hämorrhag.; — chron. Leptomeningitis; — Hirnhyperämie; — chron. Hydrocephalus int.; — geringgradige Granulirung des Ependyms des IV. Ventrikels.

Untersucht man das R. M. I. in der früher beschriebenen Weise, so findet sich eine ausgesprochene Degeneration der Pyr. S. Str., indem sich auf Querschnitten das bekannte Dreieck in der nach rückwärts und aussen gelegenen Partie der Seitenstränge abhebt; bei Weigertpräparaten ist das Dreieck gelb gefärbt, im Gegensatz zu dem übrigen Theil der Seitenstränge, die durch schöne Blaufärbung abgehoben sind (vergl. Taf. I, Fig. 1—4). — Bei der mikroskopischen Betrachtung zeigt sich, dass noch eine recht ansehnliche Zahl von ganz gesunden oder nur verschmälerten Nervenfasern sich erhalten hat, welche sich als rundliche blaue Scheiben dem Auge auf dem Querschnitt darbieten.

An Längsschnitten ist das Verhalten bezw. das Aussehen von gesunden und kranken Seitenstrangpartien noch besser zu studiren; diese Bilder sind in Bezug auf Ausfall und Schwund der einzelnen Nervenfasern und Nervenfaserbündel äusserst instructiv; der Querschnitt giebt eben mehr über die Topographie, über die Localisation der Degeneration Auskunft. — Die Längsschnitte enstammen dem D. M. und zwar handelt es sich um Sagittalschnitte, die in der Richtung des Pfeiles in Fig. 2 angelegt sind. In gut zwei Dritteln eines solchen Schnittes finden sich normale Seitenstrangfasern, während die hinterste Partie die erkrankte Zone und deren Fasern zur Anschauung bringt. — Während nun die gesunden Seitenstränge eine Fülle von tiefblaugefärbten Nervenfaserbündeln repräsentiren, so dass nur spärlich Raum für das gelbe Gliagewebe restirt, wird das Gesichtsfeld im Bereiche des Degenerationsgebiets wesentlich von Gliagewebe beherrscht; die Reihen

der Nervenfasern sind erheblich gelichtet, die einzelnen Nervenfasern sind viel schmäler, heller gefärbt, die Längscontinuität ist häufig ununterbrochen (cfr. Fig. 4, a = normal, b = degenerirt).

Ganz entsprechend den Befunden bei Nichtparalytischen findet sich im vorliegenden Falle Py. S. Str. = Degeneration. — Auf der einen Seite ist dieselbe entschieden etwas stärker ausgesprochen als auf der anderen; im Uebrigen aber ist die Degeneration eine absolut symmetrische, durch das ganze R. M. sich erstreckende. Auf die Frage, was wohl in diesem Falle das Primäre, was das Secundäre, mit anderen Worten, ob wohl zuerst Hirn und dann erst R. M. erkrankte, will ich später zu reden kommen.

II. Ich gehe nun zur Schilderung des Falles II über. — Dieses R. M. stammt von einem Paralytiker M., der 59 J. alt geworden. Er war Arbeiter und wurde $1^1/_2$ Jahre in der Anstalt verpflegt. Die Krankheit entwickelte sich sehr langsam; die Anamnese ist ziemlich mangelhaft; — von specifischer Infection nichts bekannt; der Kranke war verheirathet, hatte keine Kinder. Bei der Aufnahme war M. geistig und körperlich schon beträchtlich reducirt; Gedächtniss schwach, die Stimmung auffallend gut, M. war die personificirte Zufriedenheit, er lächelte stets und fühlte sich äusserst behaglich. Der Gang war schleppend, mühsam, — alle Bewegungen schwerfällig, die Sprache schleppend; Pupillen eng, reactionslos. — Das Kniephänomen war nicht hervorzurufen. — Die Sensibilität erschien Anfangs intact; später war sie entschieden herabgesetzt; feinere Prüfung natürlich nicht möglich.

Bald nach der Aufnahme trat ein heftiger apoplectiformer Anfall auf, von dem sich der Kranke wider Erwarten wieder erholte; später folgten diesem in entsprechenden Zwischenräumen mehrere, bis er schliesslich einem solchen Insult erlag.

Die Gehirnsection ergab: chron. Leptomeningitis; Hydrocepalus extern.; chron. hämorrhag. Pachymeningitis int.; Hirnatrophie; chron. Hydrocephalus int.; Granulirung des Ependyms der Ventrikel. — Wie erwartet ergab die Untersuchung des R. M. II ausgesprochene Hinterstrangsdegeneration, deren Ausdehnung und Localisation deutlich aus den Zeichnungen (Fig. 5—14) ersichtlich.

Nach Fig. 5 sind im oberen mittleren H. M. wesentlich die Goll'schen Stränge erkrankt und zwar besonders in der Mitte — in der Umgebung der Medianfissur —, so dass von vorn nach hinten sich ein degenerirter Streifen abhebt; die intensivste Erkrankung betrifft das mittlere Drittel; hier sind verhältnissmässig am wenigsten Nervenfasern erhalten, — wenn auch immerhin noch genug sich finden; die erhaltenen erscheinen zum Theil normal, zum Theil verschmälert. — Eine geringe Betheiligung an der Degeneration ist übrigens auch im Bereiche der übrigen Hinterstränge zu verzeichnen, indem von der stärkst erkrankten Partie in der Mitte (cfr. Fig. 5) der Goll'schen Stränge beiderseits eine Zunge nach aussen und rückwärts sich erstreckt. — Das Gliagewebe hat im Bereiche der Degene-

ration sehr an Umfang zugenommen. — Im untersten H. M. ist im Wesentlichen die Degenerationsausdehnung die gleiche, nur sind die Burdach'schen Stränge mehr an der Erkrankung betheiligt und zwar zweierlei Bezirke derselben, — nämlich a) ein bandförmiger Streifen auf der Grenze von Goll'schen und Burdach'schen Strängen, — sodann b) die Partie der Wurzelzone (Westphal'sche Zone), deren Affection bekanntlich Ausfall des Kniephänomens bedingt (cfr. Fig. 6). — Den Degenerationsbezirk a) werden wir an später zur Beschreibung kommenden Präparaten wiederfinden und und Partie b) ist bekanntlich auch eine Prädilectionsstelle bei der Hinterstrangdegeneration.

Von eben demselben Rückenmarksstück, von dem ich die eben beschriebenen Schnitte nahm, fertigte ich Längsschnitte und zwar in frontaler Richtung zwischen den beiden Hinterhörnern; die Richtung des Schnitts deuten die Pfeile in Fig. 6 an. Betrachtet man solch einen frontalen Längsschnitt von aussen nach innen, so kommen zunächst normale Nervenfasern der Py. S. Str. (vergl. Fig. 13 b u. b_1), — dann folgt eine schmale Schicht, die dem Hinterhorn entspricht (a u. a_1); eingefasst von diesen beiden Streifen sind die Hinterstränge, deren Nervenfasern stellenweise ausgefallen und geschwunden sind. — Während an nicht degenerirten Partien die Nervenfasern so zahlreich sind, dass sie kaum Platz finden, vielmehr zu dicht gedrängten Bündeln gruppirt verlaufen, sind sie im Bereich der Degeneration spärlich, schmal; nicht selten sieht man auf den ersten Blick nur blaue Punkte — die varicösen Anschwellungen —, erst bei genauerem Zusehen und stärkerer Vergrösserung wird man dann gewahr, dass die Nervenvaricositäten feinen, schmalen Nervenfasern angehören.

Fig. 7 entspricht der Erkrankungsausdehnung im oberen D. M. — Wie die Zeichnung veranschaulicht, erweist sich hier die Erkrankung der H. Str. als eine ziemlich ausgiebige, diffuse, so dass als gesunde Partie nur der vorderste, an die Commissur sich anschliessende Bezirk, ferner die hintere Randpartie und ein diese beiden verbindender länglicher Streifen gelten kann. — Eine sehr intensive Degeneration ist es jedoch keineswegs, sondern — wie gesagt — eine diffuse; die erkrankten Fasern sind auf eine grössere Fläche vertheilt, so dass noch reichlich gesunde oder nur wenig atrophische Fasern im Erkrankungsbezirk vorhanden. — Gelblich gefärbte Körner (zweifellos Corpora amylacea) finden sich in den H. Str. an der Innenfläche des Hinterhorns im äussersten hinteren Winkel (Lissauer'sche Zone), an welcher Stelle ebenfalls Degeneration zu constatiren ist. — Von Körnchenzellen konnte ich nichts constatiren; — ich habe allerdings frisch die H. Str. nicht darauf untersucht, da am frischen R. M. die Hinterstränge nicht erkrankt zu sein schienen.

Fig. 8 und 9 veranschaulichen die Verhältnisse im mittleren D. M.; die Goll'schen Stränge werden mehr frei von der Erkrankung, — dagegen ist die Wurzelzone nun stärker in Mitleidenschaft gezogen.

Nach Fig. 10 sind im unteren D. M. die Goll'schen Stränge wenig affi-

cirt, — dagegen ist wie im mittleren D. M. beträchtlich die Wurzelzone betheiligt.

Durch Fig. 11 wird die Degenerationsweise im L. M. oberhalb der Anschwellung illustrirt, wonach am intensivsten die Wurzelzone ergriffen, auch die Lissauer'sche Zone ist stark betheiligt, man findet nur mehr spärlich schmale blaue Fasern. — Ueberall wo Degeneration, d. h. Schwund der Nervenfasern und Wucherung des Gliagewebes, finden sich Corpora amylacea; insbesondere sind dieselben zahlreich in die Lissauer'sche Zone eingestreut.

Von eben demselben Lendenmarksstückchen fertigte ich Längsschnitte und zwar in frontaler Richtung. — Fig. 14 ist die Zeichnung eines solchen Schnittes, dessen Richtung genau der in Fig. 6 durch Pfeile angegebenen entspricht. — Der Schnitt, der gezeichnet wurde, trifft die Hinterstränge da, wo die Degeneration eine ziemlich beträchtliche ist, insbesondere ist die Wurzelzone ergriffen. Im Anschlusse an die graue Substanz (a u. a_1) finden sich normale oder wenigstens fast normale Fasern; — dann kommt eine breite degenerirte Partie, in der Mitte wieder eine fast gesunde Zone. — Corpora amylacea finden sich zahlreich in dem gewucherten Gliagewebe der erkrankten Strangpartien. Ich füge noch bei, dass wie auf Querschnitten so auf Längsschnitten die Degeneration eine absolut symmetrische ist.

III. R. M. III betrifft eine 39jährige Schlosserfrau B., welche 4 mal geboren; Geburten und Wochenbett sollen immer normal gewesen sein; im Anschlusse an das letzte Wochenbett trat psychische Verstimmung auf, die Kranke wurde weinerlich, gedrückt. Allmälig vernachlässigte sie mehr und mehr ihren Haushalt, sie wurde interesselos, gleichgültig. Im Juli 1887 vom Schlage gerührt, wurde sie in das Ortskrankenhaus aufgenommen und bald wieder entlassen. Am 16. Nov. erneuter apoplectiformer Insult mit Sprachstörung; Gehstörung, Trägheit der Pupillen etc. veranlassten damals den Krankenhausarzt zur Diagnose „Paralyse". — Am 14. Dec. Aufnahme in die Anstalt; Kniephänomen fehlt, Bauchreflex kaum vorhanden, Sensibilität erscheint überall herabgesetzt; — beim An- und Ausziehen muss man der Kranken helfen. Psychisch besteht schon beträchtlicher Schwachsinn. In der Folgezeit äussert B. manchmal Grössenideen, klagt häufig über lästige Schmerzen in den Unterextremitäten. Mitte Februar mehr und mehr hervortretende schlaffe Lähmung der Extremitäten, insbesondere der rechten Seite, da und dort auch Incontinentia. — Am 23. April erneuter apoplectiformer Insult, Extremitäten schlaff, nur der rechte Arm in stumpfem Winkel gebeugt, in demselben am Vorderarm und Fingern leichte Zuckungen. Am 25. April Exitus.

Die Gehirnsection ergab: Verdickung der Dura; geringe Verdickung der weichen Häute; Granulirung des Ependyms der Ventrikel; Hirnhyperämie.

Bei der Untersuchung des R. M. zeigt sich, dass von oben bis unten

die Hinterstränge degenerirt sind, dass ferner im Dorsal- und Lendenmark auch die Py. S. Str. in Mitleidenschaft gezogen.

Intensiv ist die Erkrankung nicht, wie dies aus den Zeichnungen (Fig. 15—21) zu ersehen; der heftige apoplectiforme Insult führte verhältnissmässig frühzeitig zum Tode.

Fig. 15 illustrirt die Localisation der Erkrankung im oberen H. M.: Absolut symmetrisch zu beiden Seiten werden die Goll'schen Stränge flaschenförmig von 2 spindelförmigen Degenerationsstreifen eingerahmt, was bei jedem nach *Weigert* gefärbten Schnitt die circumscript ausgeprägte Gelbfärbung mit blossem Auge ohne weiteres ersichtlich; — im Bereiche dieser beiden Streifen sind Nervenfasern nur mehr spärlich sichtbar, das Gliagewebe hat sich dagegen recht „breit gemacht"; die eingerahmten Goll'schen Stränge erweisen sich als absolut intact; ganz hinten und zwar nach aussen von den genannten Streifen hat die Gliawucherung noch etwas um sich gegriffen (vergl. Fig. 15).

Im mittleren H. M. (Fig. 16) sind die beiden degenerirten Bandstreifen im Ganzen verschmälert, am vorderen und hinteren Ende dagegen kolbenförmig verbreitert; die Randdegeneration hat nach aussen hin an Terrain gewonnen. — Im unteren H. M. bezw. oberen D. M. findet sich der mehrerwähnte Streifen zwar noch vor, allein er ist nun recht schmal und in der Zeichnung (Fig. 17) fast zu prononcirt gegeben; dagegen tritt nun eine Degeneration im hinteren äusseren Winkel beträchtlich hervor, indem die Wurzelzone an der Rolando'schen Substanz und die Lissauer'sche Zone als beträchtlich afficirt sich präsentiren. — Auch diese Erkrankungsweise ist eine absolut symmetrische auf beiden Seiten. — Nicht zu verkennen ist, dass auch in den übrigen Partien der H. Str. eine leichte diffuse Gliawucherung sich geltend macht. Die S. Str. sind in dieser Höhe noch normal.

Die Ausdehnungsweise der Erkrankung im mittleren D. M. ergiebt sich aus Fig. 18. — Am intensivsten und hauptsächlich ist betroffen die äussere Partie der H. Str., nämlich die Wurzelzone (Westphal'sche Zone); weniger stark ist die Mittellinie betroffen (vergl. Fig. 18). Der intensiven Erkrankung der vorerwähnten Zone entsprechend finden sich in der Wurzelzone nur äusserst spärliche Querschnitte von Nervenfasern, wie auch nur mit Mühe in's Hinterhorn — in die Substantia gelatinosa — eintretende Wurzelfasern zu entdecken sind. — Wie im oberen D. M., so auch hier sind die H. Str. fast durchaus leicht in Mitleidenschaft gezogen, das Gliagewebe ist geschwellt, gewuchert, verbreitert. — Auch die Py. S. Str. sind in dieser Höhe bereits degenerirt, wenn auch nicht in circumscripter, localisirter Weise; es finden sich noch massenhaft normale Nervenfasern vor. — Kleinhirnseitenstränge und Vorderseitenstränge sind intact; auch an den Ganglienzellen kann nichts Besonderes wahrgenommen werden.

Wie sich die Erkrankungsweise im oberen L. M. gestaltet, zeigt Fig. 20. — Die Degeneration ist qualitativ keine intensive, in der Zeichnung fast zu stark wiedergegeben sowohl mit Bezug auf die S. Str. als H. Str.-Erkrankung.

Fig. 21 illustrirt die Verhältnisse in der Lendenanschwellung. — Die H. Str. sind fast in ganzer Ausdehnung ergriffen; doch handelt es sich auch hier um eine mehr diffuse als intensive Degeneration. — Bei den Py. S. Str. handelt es sich um die typische, ausgesprochene Degeneration dieser Bahn.

IV. R. M. stammt von einer 47jährigen Schneidersfrau, welche vor ca. 20 Jahren 2 mal ausserehelich geboren hatte. — Von ihrem Manne, den sie etwa 15 Jahre vorher geheirathet, hatte sie kein Kind. — 3 Jahre vor der Aufnahme in die Anstalt beginnende Geistesschwäche, Nachlass des Gedächtnisses; Aufnahme in eine Pfründe, zunehmende Verblödung, Lähmung; zeitweiliges Schreien und Schimpfen machen die Aufnahme in's Krankenhaus nöthig, dann Transferirung in die Anstalt.

Beträchtlich vorgeschrittener paralytischer Blödsinn, Gehen sehr mühsam, nur mit kräftiger Unterstützung möglich; Pupillenbeschaffenheit, Sprache, Zittern der Zunge, Abnahme der groben Kraft etc. bestätigen die Diagnose. Auf Nadelstiche reagirt die Kranke erst, wenn man recht tief sticht; Kniephänomen links anscheinend normal, rechts gering. — Sämmtliche Extremitäten schlaff. — Im Verlaufe der Krankheit entwickelte sich mehr und mehr die Neigung zur Contracturirung der Extremitäten, insbesondere der unteren mit Steigerung des Kniephänomens; Zähneknirschen; Tod 1 Jahr nach der Aufnahme.

Gehirnsection ergab: chron. hämorrhag. Pachymeningitis int.; leichte Leptomeningitis; beträchtliches Oedem der weichen Häute; Gehirnatrophie, die rechte Hemisphäre leichter als die linke; mässiger chron. Hydrocephalus int.

Das Rückenmark dieser Kranken (IV) ergiebt bei genauerer Untersuchung Hinterstrangdegeneration, die allerdings eine sehr im Werden erst begriffene ist. Man wird bei Betrachtung der Zeichnungen (Fig. 22—25) sofort an Fall III, Fig. 15—21 erinnert, bei welch Letzterem indessen die Degeneration schon viel weiter vorgeschritten ist.

Im oberen und mittleren H. M. unseres R. M. IV ist nur der Grenzstreifen zwischen Goll'schen und Burdach'schen Strängen degenerirt (cfr. Fig. 22 u. 23); im mittleren H. M. findet sich auch noch Randdegeneration der Stränge von *Burdach*.

Im unteren H. M. (Fig. 24) verlaufen die beiden Degenerationsstreifen parallel, verbreitern sich nach vorn knopfförmig und liegen ziemlich nahe der Medianfissur. In den beiden hinteren Winkeln (inneren und äusseren) findet sich Gliawucherung.

Im oberen D. M. (Fig. 25) findet sich noch eine Andeutung des knopfförmigen vorderen Endes der beiden parallelen Degenerationsstreifen im Bereiche der Goll'schen Stränge; die Randdegeneration der Burdach'schen Stränge betrifft nur mehr den äusseren Winkel, erstreckt sich aber nach vorn zum Hinterhorn, indem sie in Form einer Spitze nach der Rolando'schen Substanz sich ausdehnt.

Im mittleren D. M. ist diese degenerirte Zone noch angedeutet; im

unteren D. M. und im L. M. kann von Degeneration nichts mehr entdeckt werden.

Ich wende mich nun zu Fall V. Es handelt sich um eine 41jährige Schlossersfrau S. — Anamnestisch ist bekannt, dass dieselbe 7—8 Jahre vor ihrer Anstaltsaufnahme vom ersten Manne ein todgeborenes Kind hatte; $1^1/_2$ Jahre vor ihrer Aufnahme zweite Verheirathung; $^1/_2$ Jahr etwa danach Beginn der Psychose. — Im August 1888 Aufnahme in's Krankenhaus, vorgeschrittene Schwangerschaft; am 4. Sept. lebendes, recht schwächliches Kind, das bald stirbt. — Im October Aufnahme in die Anstalt. — Hier wird vorgeschrittenster paralytischer Blödsinn constatirt; die Kranke kann nicht gehen, nicht stehen; die Sprache ist recht breit, Sprechen geht sehr mühsam; genauere Untersuchung unmöglich, die Kranke ist recht widerspenstig und gewaltthätig. — Anfangs November wird die Patientin schwächer, Kniephänomen vorhanden, Dorsalclonus. — Mitte November beim Beklopfen der Patellarsehne kein Hervorschleudern des Unterschenkels, dagegen Contraction der Flexoren des Oberschenkels. — Schmerzempfindung scheint herabgesetzt; auf Kitzeln der Fusssohlen erfolgt prompte Reaction. — Nach vierwöchentlichem Anstaltsaufenthalt erfolgte der Exitus.

Sectionsbefund: Hirnatrophie (Gewicht ohne Häute 1120 g); Oedem der weichen Häute; chron. hämorrhagische Pachymeningitis int. links; Weichheit der Hirnsubstanz.

Die genaue Untersuchung des R. M. V zeigt, dass im oberen und mittleren H. M. kein ausgesprochener, abgegrenzter Degenerationsstreifen vorhanden, doch ist die Stützsubstanz in den Goll'schen Strängen und zwar in deren hinteren zwei Dritttheilen — nicht ganz an die äusseren Keilstränge, auch nicht ganz an die hintere Peripherie des R. M. Querschnittes reichend — vermehrt, diffus verbreitert, so dass diese Partie bei durchscheinendem Lichte — bei Weigertfärbung — gelblicher erscheint als der übrige Hinterstrangquerschnitt; die Grenze des Normalen scheint entschieden überschritten; auch die Py. S. Str. erscheinen gliareicher.

Im unteren H. M. bezw. oberen D. M. (vergl. Fig. 26) sind die H. Str. sicherlich erkrankt und zwar in Form eines Dreiecks, das etwa die hintere Hälfte der Goll'schen Stränge occupirt. — Auch die Py. S. Str. sind in dieser Höhe deutlich und sicher in Mitleidenschaft gezogen, doch ist die Degeneration eine recht diffuse, durchaus nicht circumscript und intensiv; es finden sich vielmehr noch reichlich normale Fasern vor.

Im mittleren D. M. (Fig. 27) ist die Erkrankung schon wieder eine geringere — sowohl betreffs der Hinter- als der Seitenstränge.

Im unteren D. M. (Fig. 28) beschränkt sich die Degeneration der H. Str. auf einen ganz schmalen Streifen zu beiden Seiten von der Medianfissur; das vordere Dritttheil ist ganz frei, die Erkrankung betrifft die hinteren 2 Dritttheile. In der Py. S. Str. Bahn kann kaum mehr von Degeneration gesprochen werden.

Die Ausdehnung der Erkrankung im L. M. ist aus Fig. 28 — Schnitt

aus der Lendenanschwellung — ersichtlich. Besonders zu erwähnen ist, dass die Wurzelzone nächst der Rolando'schen Substanz nur auf der einen Seite erkrankt ist, während auf der anderen Seite die Gliawucherung sich nur angedeutet findet. — Bei dem schon beträchtlichen Vorgeschrittensein der Paralyse konnte leider das Verhalten des Kniephänomens nicht so genau registrirt werden, wie es wünschenswerth gewesen, um aus dem Obductionsbefund dann einen exacten Rückschluss zu machen.

Ich gehe nun zu Fall VI über; dieser betrifft eine 43jährige ledige Pfründnerin, welche Potatrix gewesen sein soll; sonst ist über deren Antecedentien nichts Wesentliches bekannt. — Bei der Aufnahme ist sie in fidelster Stimmung; sie ist Braut, strahlt vor Glückseligkeit; Sprache manchmal stolpernd. — Sensibilität und Motilität der Extremitäten erscheint intact. Aufregung und heitere Stimmung hielten an; 7 Wochen nach der Aufnahme heftiger epileptiformer Anfall; Zuckungen in allen Extremitäten, besonders in den oberen; Schaum vor dem Mund; nach $^1/_4$ Stunde Aufhören der Convulsionen, Sprache lallend, unverständlich; später erneute Convulsionen, totale Bewusstlosigkeit, Incontinenz, Kopf und Bulbi starr nach rechts gedreht, Unvermögen zu schlucken; am Tage darauf Exitus.

Aus dem Sectionsbefund ist hervorzuheben: Verdickung des Schädeldachs; chron. Pachymeningitis; chron. Leptomeningitis; Hirn-Atrophie (1100 g ohne Häute); beträchtlicher chron. Hydrocephalus internus; Hirnhyperämie; Hirn-Oedem; Granulirung des Ependyms der Ventrikel. — Das R. M. VI war leider nicht günstig gehärtet, doch konnte constatirt werden, dass sowohl die H. Str. als die Py. S. Str. Gliawucherung darboten. — Am ausgeprägtesten zeigte sich die Degeneration in den H. Str. des unteren H. M., weshalb ich von einem Schnitt aus dieser Höhe eine Zeichnung fertigte; die Degeneration ist allerdings etwas intensiver zur Darstellung gebracht, als es der Wirklichkeit entspricht (cfr. Fig. 29).

Fall VII betrifft einen 39jährigen, verheiratheten Arzt, der kinderlos war und vor der Aufnahme in die Anstalt wiederholt Schmiercuren durchgemacht, viel Jodkalium bekommen hatte.

Bei der Aufnahme besteht vorgeschrittenster paralytischer Blödsinn, träge Pupillen; Zunge wird äusserst mühsam und zitternd vorgestreckt; Sprache lallend, Schlucken erschwert; Kniephänomen sehr prompt; Händedruck schwach; Incontinenz. — Fortschreiten der Paralyse, insbesondere Bulbärsymptome; mehrere apoplectiforme Anfälle, keine Convulsionen, stärkere Lähmungserscheinungen rechts; Grössenideen. — Nach $1^1/_2$jährigem Anstaltsaufenthalt Exitus.

Sectionsbefund: Verdickung des Schädeldachs; chron. Leptomeningitis; Oedem der weichen Häute; Hirn-Atrophie; chron. Hydrocephalus int.; Ependymitis.

Bei der Untersuchung des R. M. findet sich eine beginnende, diffuse Degeneration der Goll'schen Stränge im H. M.; es zeigt sich hier das Stützgewebe entschieden gewuchert, verbreitert; dasselbe ist im L. M.

zu beiden Seiten der Medianfissur der Fall, indem sich hier ein Degenerationsstreifen angedeutet findet. — Das D. M. muss ich als normal ansprechen.

Fall VIII betrifft einen verheiratheten, 49jährigen Geflügelhändler Z., der 3 Jahre vorher schon wegen maniakalischer Aufregung in Anstaltsbehandlung gewesen war. In der letzten Zeit vor der zweiten Aufnahme zeigte sich Z. unstät, gereizt, wurde schliesslich so heftig, dass er im Interesse der öffentlichen Sicherheit in die Anstalt gebracht werden musste. — Das ärztliche Zeugniss theilte mit, dass Z. vom Feldzug 1866 mit Lues behaftet zurückkehrte. — Die Pupillen waren bei der Aufnahme gleich weit, träge reagirend, die Sprache träge und langsam; Sensibilität anscheinend intact, das Kniephänomen prompt; die Stimmung blieb immer eine heitere, Z. producirte Grössenideen; Gang und Sprache wurden mehr und mehr paralytisch. — Nach $^3/_4$jährigem Aufenthalt starb der Kranke an einem geplatzten Aneurysm der Bauch-Aorta.

Die Gehirn-Section ergab: chron. Periencephalitis; Hirn-Anämie; Gehirn-Atrophie.

Bei der Untersuchung des R. M. findet sich beginnende Degeneration der H. Str., die allerdings sehr geringgradig und nur im mittleren Drittel vorhanden; sie umfasst im H. M. eine schmale Partie zu beiden Seiten der Medianfissur. — Ob die Py. S. Str. noch normal oder nicht, ist schwer zu entscheiden.

Im oberen D. M. sind die Verhältnisse ganz die gleichen. Im unteren D. M. sind die H. Str. normal, dagegen sind nun hier die Py. S. Str. entschieden erkrankt, und zwar ist die eine Seite etwas stärker afficirt als die andere.

Das L. M. weist dieselben Verhältnisse auf; die H. Str. sind frei; die Py. S. Str. sind erkrankt und zwar in der charakteristischen Weise, indem der Degenerations-Keil um so weiter nach aussen rückt, je näher dem unteren Ende des R. M. der Schnitt entnommen.

Fall IX betrifft einen 33jährigen, ledigen Kaufmann X., der wahrscheinlichst früher sich specifisch inficirt hatte. — Es handelte sich um eine typische progressive Paralyse mit ausgeprägten Grössenideen, zum Theil heftigster maniakalischer Aufregung. — Sensibilität schien bei der Aufnahme intact, das Kniephänomen war äusserst prompt. — Mehrere apoplectiforme Insulte, zunehmende motorische und geistige Schwäche. — Tod $1^3/_4$ Jahre nach der Aufnahme.

Sectionsbefund: Hirnatrophie; chron. Leptomeningitis; Ependymitis; chron. Hydrocephalus int. — Das R. M. IX lässt bei der Untersuchung im oberen H. M. beginnende Degeneration der H. Str. erkennen; dieselbe ist streifenförmig — ähnlich der Zeichnung Fig. 22 —, doch nicht so ausgedehnt, indem nur die hintere Hälfte dieses Degenerationsstreifens sich findet; die hintere Peripherie des R. M. wird nicht ganz von demselben erreicht, dagegen ist das rückwärtige Ende kolbig, nach aussen ver-

breitert — ähnlich den Verhältnissen in Fall IV Fig. 23 und Fall III Fig. 16—. In allen diesen 3 Fällen macht es in dieser Höhe des R. M. den Eindruck, dass die Erkrankung von dem Septum ihren Ausgang genommen, welches die Goll'schen Stränge begrenzt; man sieht an gefärbten Schnitten, dass von hier aus das Gliagewebe in gewucherter, verbreiterter Weise in die Nervenfasern und Faserbündel sich hineinschiebt.

Im mittleren H. M. ist der Streifen nicht zu finden, nur das kolbige Ende ist als degenerirte Partie erhalten. Im unteren H. M. dagegen ist derselbe wieder zu constatiren und zwar in der Form einer langgestreckten Pyramidenzone, deren Spitze nach vorn und innen, deren Basis (welche übrigens recht schmal) nach rückwärts und aussen tendirt.

Im oberen D. M. begrenzt sich die Degeneration auf einen Streifen — ähnlich der Fig. 25 im Fall IV; es zieht nämlich von der Rolando'schen Substanz aus das Gliagewebe bandförmig nach hinten, so dass ein Dreieck entsteht, dessen einer innerer Schenkel vom Degenerationsstreifen gebildet wird, während der andere Schenkel die innere Kante des Hinterhorns darstellt; die convexe Basis des Dreiecks ist durch den Rückenmarksrand von selbst gegeben.

Im mittleren D. M. erscheint fast in der ganzen Ausdehnung von vorne nach rückwärts das an die Medianfissur angrenzende Gewebe der Hinterstränge degenerirt; das Gliagewebe ist hier gewuchert und giebt 2 seitliche Degenerationsstreifen ab, die — fast unmittelbar hinter der Commissur beginnend — schräg nach aussen und hinten ziehen nach der Rolando'schen Substanz zu, sie erreichen diese jedoch nicht ganz.

Im oberen L. M. findet sich nur die Degeneration in der Mitte — ohne Ausläufer.

Im Bereich der Lendenanschwellung findet sich ein ganz kleiner Keil in Mitte der H. Str., ganz an der hinteren Peripherie gelegen; die Spitze sieht nach vorne und liegt in der Linie der Medianfissur.

Fall X betrifft eine 52jährige Arbeitersfrau D.; sie war zum zweiten Male verheirathet. Der ersten Ehe entstammten 2 Kinder, welche gestorben, der zweiten 2 Kinder, welche am Leben geblieben waren. — In den letzten Jahren galt D. als nicht mehr normal, sie zeigte sich eifersüchtig, sehr reizbar; es kamen Zornausbrüche, die an Intensität und Häufigkeit mehr und mehr zunahmen, so dass sie schliesslich als gefährlich bezeichnet werden musste. Ein Jahr vor der Aufnahme in die Anstalt „lähmungsartige Schwäche" der Extremitäten, die sich nach 8 Tagen wieder verlor. Zwei Monate vor der Aufnahme Wiederholung des Lähmungsanfalls im r. Arm und r. Bein; Speichelfluss; Sprache langsam und gedehnt, manchmal lallend, Ungleichheit der Pupillen; Incontinenz.

Bei der Aufnahme ist die Sprache recht schwerfällig, exquisit stolpernd: die Pupillen gleich weit, reagiren auf Lichteinfall, Accomodations-Reaction nicht zu prüfen; Kniephänomen sehr prompt, rechts Fussclonus, Patientin schreit, wenn die rechte Fussspitze stark und rasch nach oben

gedrückt wird. — Die Kranke kann nicht gehen, nicht stehen, die rechte Seite ist stärker gelähmt als die linke. — Feinere Sensibilitätsprüfung nicht zu machen; auf Kneifen und Stechen reagirt die Kranke, doch etwas langsam. — Stimmung sehr wechselnd, manchmal deprimirt, dann wieder sehr heiter, schwelgt in Grössenideen.

Der weitere Verlauf gestaltete sich in der Weise, dass D. einige Zeit nach der Aufnahme grosse Empfindlichkeit der r. oberen und unteren Extremität zeigte, wenn man dieselben bewegte. — Einige Zeit nach der Aufnahme konnte D. ohne Unterstützung gehen und stehen; dagegen wurde sie nach mehreren Monaten durchaus bettlägerig; von Zeit zu Zeit traten leichte apoplectiforme Anfälle auf mit leichten clonischen Zuckungen in der r. oberen und unteren Extremität.

Die Extremitäten sind im Anfall schlaff, die Zuckungen nicht sehr stark, so dass die Extremitäten auf ihrer Unterlage liegen bleiben. — Im weiteren Verlaufe mehr und mehr Contracturirung der unteren Extremitäten; kurze Zeit vor dem Tode wird auch der rechte Arm im Hand- und Ellbogengelenk mehr und mehr contracturirt, lässt sich nicht mehr ganz extendiren. — Zähneknirschen, Zunge kann nicht mehr vorgestreckt werden. — Schmerzempfindung schliesslich entschieden vermindert; 36 Stunden ante mortem paralytischer Anfall mit Coma; Extremitäten schlaff, auf sensible Reize erfolgt keine Reaction mehr; an den Fingern der linken Hand leichte Zuckungen, desgleichen um den Mund, Tabaksblasen, Lider halb geöffnet, Bulbi starr nach r. gedreht. — Die Kranke starb, nachdem sie ein Jahr in Anstaltsbehandlung gewesen. Blasenbildung der Haut, stärkere Atrophie der Extremitäten waren nicht aufgetreten.

Sectionsbefund: Oedem der w. Häute; leichte chron. Leptomeningitis; Hirn-Atrophie (Gewicht ohne Häute 1115 g), rechte Hemisphäre schwerer als die linke, Differenz = 48 g, linkes Stirnhirn 180, rechtes Stirnhirn = 195; linkes Hinterhirn = 237, rechtes Hinterhirn = 270 g; Granulirung des Ependyms des IV. Ventrikels. Medulla oblongata ist noch nicht untersucht.

Bei der Untersuchung des R. M. X fand sich — wie erwartet — ausgesprochene Py. S. Str.-Degeneration, und zwar die rechte Seite stärker ergriffen als die linke. Die Erkrankung betrifft das R. M. in seiner ganzen Ausdehnung von oben nach unten, genau der Py. S. Str.-Bahn entsprechend. — Bei Lupenvergrösserung an Weigert-Präparaten ist die degenerirte Partie am schönsten zu erkennen und am meisten in die Augen fallend. — Bei stärkerer Vergrösserung macht man, wie wiederholt beschrieben, die Wahrnehmung, dass das Stützgewebe beträchtlich an Ausdehnung zugenommen, auch zwischen die einzelnen Nervenfasern, die in Bündeln geordnet, sonst hart an einander liegen, sich eingedrängt hat, während diese selbst klein, atrophisch sind. An denjenigen Nervenfasern, die noch von normalem, stärkerem Kaliber sind, fällt die Schmalheit der Markscheide und deren blassbläuliche Färbung auf, im

Gegensatz zu der gesättigten, tiefblauen Färbung der normalen Faserquerschnitte.

Bezüglich des Verhaltens der Vorderhörner konnte ich zwar an manchen Schnitten bemerken, dass das eine Vorderhorn kürzer und vielleicht etwas ärmer an Ganglienzellen, allein an andern Schnitten war dies wiederum nicht der Fall; ich muss daher diesen Punkt entschieden offen lassen.

Die nun folgenden, übrigen 13 Fälle will ich möglichst kurz abhandeln, da sie mit Ausnahme des letzten weniger wichtig sind.

Im Fall XI handelt es sich um eine atypische, weibliche Paralyse.

Das R. M. erweist sich normal mit Ausnahme des mittleren H. M., wo sich derselbe Degenerationsstreifen findet wie in Fall IV Fig. 23; die Randdegeneration fehlt.

Fall XII betrifft eine männliche typische Paralyse; die Untersuchung des R. M. ergiebt einen negativen Befund.

Fall XIII ist eine tabetische Paralyse, also keine typische progressive. Es fand sich bei der Section das Bild ausgesprochener Tabes; auf dem Querschnitt war fast der ganze Bereich der H. Str. betroffen, nur die vorderste, nach aussen gelegene, unmittelbar an die graue Commissur sich anschliessende Partie und der hintere äussere Bezirk waren durchaus frei geblieben.

Im Fall XIV handelt es sich um eine typische männliche Paralyse, im Fall XV um eine atypische, gleichfalls einen Mann betreffend. In beiden Fällen erwies sich das R. M. als intact.

Im Fall XVI hatte ich Hinterstrangdegeneration vermuthet, aber keine gefunden. Der Fall war klinisch neurologisch nicht ganz klar. Es handelte sich um einen 43jährigen, ledigen Gensdarmerie-Wachtmeister G., welcher ein Jahr vor seiner Aufnahme bei einer längeren Patrouille plötzlich von Kopfschmerz, Schwindel, Uebligkeit, Schwäche, Schmerzen in den Unterschenkeln befallen worden war; mit grosser Mühe erreichte er seine Station, machte am folgenden Tage wieder Dienst, hatte aber über Neigung zu Müdigkeit, Schmerzen in den Unterschenkeln zu klagen. — Er kam ins Lazareth, dann in ein Moorbad. — Einige Zeitlang Besserung, dann wieder Aufnahme ins Lazareth, und zwar $^1/_2$ Jahr nach dem erlittenen eigenthümlichen Schwäche-Insult. — Damals konnte der Kranke nicht gehen, musste in den Krankensaal getragen werden; es bestand Tremor der Extremitäten, grosse Unbehülflichkeit in allen Bewegungen; Pupillen ungleich, reagiren träge; der Händedruck ist rechts schwächer als links. — Mit Hülfe von 2 Wärtern kann G. stehen, bei geschlossenen Augen fällt er um. Das rechte Bein wird beim Gehen geschleudert. — Klagen über Muskelschwächegefühl; Sensibilität erhalten, Kniephänomen vermindert. — G. wurde pensionirt. — Interessant ist es, die Unterschriften des Kranken in den Akten zu studiren, die mehr und mehr charakteristisch paralytisch wurden.

Bei der Aufnahme in die Anstalt, die ein Jahr nach seiner Entlassung

aus dem Lazareth erfolgte, war das Kniephänomen beiderseits prompt, die Unterextremitäten gelähmt, G. konte nicht gehen; die Sprache war langsam, stolpernd. — In seinem Gebahren war der Kranke derb und grob, so dass eine feinere Untersuchung nicht möglich war. Nach 3 Monaten wurde Fehlen des Kniephänomens constatirt. — Die Schmerzempfindlichkeit erschien intact, desgleichen Wärme und Druckgefühl; wurde der Kranke aufgefordert, im Bette die Füsse zu erheben, so machte er das richtig, zitterte aber dabei.

Der Zustand besserte sich in der Folgezeit; G. konnte gehen, traute sich's aber nicht recht zu, er hatte offenbar ein geschwächtes Muskelgefühl.

Später nahm die Paralyse ihren Verlauf, der Kranke wurde mehr und mehr gelähmt, es kam Incontinenz, geistig wurde er mehr blöde; schliesslich ganz bettlägerig; Tod nach vierjährigem Anstaltsaufenthalt. — Der ganzen Beobachtung nach rechne ich den Fall nicht zu den typischen, sondern zu den atypischen Paralysen.

Wie schon erwähnt, fand sich keine Hinterstrang-Degeneration im R. M.; es bleibt also nur übrig, die nervösen Erscheinungen aufs Gehirn oder die peripheren Nerven zu beziehen; letztere wurden aber nicht untersucht, so dass ich keine Entscheidung treffen kann.

Fall XVII betrifft eine atypische Paralyse eines Mannes, dessen R. M. als gesund befunden wurde.

Die Fälle XVIII und XIX betreffen 2 typische Paralysen von Männern, in deren R. M. keine Degeneration bei der Untersuchung sich fand.

Im Fall XX handelt es sich um eine typische Paralyse eines Mannes, im Fall XXII desgleichen; Fall XXI muss ich als atypische männliche Paralyse bezeichnen; der Kranke war allerdings nur ganz kurz in Behandlung, da er im paralytischen Endstadium aufgenommen worden war. In allen diesen 3 Fällen fand sich das R. M. intact.

Ich komme zum letzten und interessantesten Fall, über den ich aber nur kurz berichten will, da ich die Rückenmarkspräparate im ärztl. Bez.-Verein Erlangen demonstrirte; das Referat findet sich in der Münchner medicin. Wochenschrift 1889 No. 19.

Es handelt sich bei R. M. XXIII um Hydromyelie; das Präparat stammt von einer 30jährigen ledigen Näherin mit atypischer Paralyse, die psychisch mehr und mehr schwachsinnig geworden war. — Bezüglich der Rückenmarkssymptome ist zu berichten, dass mehr und mehr Lähmung der Extremitäten, Muskelrigidität, Contracturen, Atrophie der Extremitäten sich einstellte, dass die Schmerzempfindung abgestumpft, insbesondere auch das Wärmegefühl stark beeinträchtigt war, dass ausgesprochene Bulbärsymptome vorhanden, später Incontinenz auftrat. — Schliesslich Spitzeninfiltration. — Die Kranke starb nach mehr als einjährigem Aufenthalt. Bei der Section fand sich beträchtlicher Hydrocephalus int., im H. M. ausgesprochene Hydromyelie; im D. M. war die Höhlenbildung bedeutend geringer.

Ich möchte anführen, dass von *Schüle* schon ein Fall von Paralyse beschrieben ist, bei dem sich im R. M. Hydromyelie fand. Man vergleiche die Arbeit von Anna Bäumler (*Ziemssen-Zenker*'s Archiv Bd. 40), wo alle Fälle von Hydromyelie-Syringomyelie zusammengestellt sind und sich auch der *Schüle*'sche Fall notirt findet.

Ich habe bei den letzten Fällen, die ich cursorisch mittheilte, unterschieden zwischen typischer und atypischer Paralyse. Es läuft natürlich bei dieser Trennung immer einige subjective Willkür mit unter, doch bemerke ich, dass ich von einer typischen Paralyse verlange: 1) dass der oder die Kranke im mittleren Lebensalter steht, 2) dass charakteristische Grössenideen bestehen, 3) dass der ganze Verlauf den typischen Charakter trägt. — Ich werde später auch die Fälle, welche ich ausführlicher mittheilte, in diese 2 Gruppen trennen, da — wie ich glaube — es nicht uninteressant, zu sehen, wie häufig Rückenmarkserkrankung bei der typischen und bei der atypischen Form sich findet.

Nunmehr will ich noch etwas näher auf die Rückenmarksbefunde eingehen, insbesondere auch vergleichende Betrachtungen zwischen den einzelnen Fällen anstellen, wobei ich natürlich auf die Befunde anderer Autoren Rücksicht zu nehmen habe. Auch die Frage, was wohl Primär und was Secundär im vorliegenden Fall, ob wohl zuerst Hirn und dann Rückenmark oder umgekehrt, oder ob beide Organe zu gleicher Zeit erkrankten, soll berührt werden.

Von selbst ergiebt sich, dass die Fälle zusammen zu besprechen sind, bei denen entweder a) Py. S. Str.-Erkrankung gefunden wurde — oder b) H. Str.-Erkrankung — oder c) beides zusammen.

Py. S. Str.-Degeneration allein fand sich im Fall I und X.

Der letztgenannte Fall hat ein grosses Interesse deshalb, weil im Grosshirn sich eine nicht unbeträchtliche Gewichtsdifferenz zwischen beiden Hemisphären fand (48 g). — Das ganze Grosshirn war ausgesprochen atrophisch; es liegt daher der Gedanke nahe, die Py. S. Str.-Degeneration als eine secundäre zu betrachten. Diese Ansicht wird unterstützt durch den Befund, dass entsprechend der stärkeren Degeneration im rechten Seitenstrang eine stärkere Atrophie in der linken Hemisphäre sich findet. Hiernach würde die

R. M.-Erkrankung im vorliegenden Falle als eine secundäre aufzufassen sein; mit Sicherheit kann dieser Schluss natürlich nicht gezogen werden. Dieselbe Schädlichkeit kann ja auf Hirn- und Rückenmark zugleich gewirkt haben, und beide können zu gleicher Zeit erkrankt sein. Da die Kranke nur im letzten Jahre in Beobachtung der Anstalt war, kann das klinische Verhalten nicht recht für die Entscheidung herangezogen werden.

Der Anamnese nach sind zuerst psychische Symptome beobachtet, später erst motorische, doch können Letztere ja Anfangs übersehen worden sein. — Die Erklärung ist wohl auch zulässig, dass, nachdem durch die Hirnerkrankung die Seitenstränge zum Locus minoris resistentiae geworden, sich die Degeneration auch hier entwickelte.

Im Falle I ist die Py. S. Str.-Degeneration ausgesprochener, intensiver; ebenso wie im Falle X erscheint die eine Seite stärker degenerirt als die andere. Die Hemisphären sind in diesem Falle leider nicht getrennt gewogen worden. Das Einfachere ist jedenfalls, auch hier anzuehmen, dass die Hirnerkrankung das Primäre und die R. M.-Erkrankung das Secundäre gewesen. Die Entwickelung der Krankheit spricht auch für diese Annahme, sowie das Fehlen von Körnchenzellen, nach denen allerdings am frischen R. M. nicht gesucht worden war.

Ich gehe nunmehr zu den 6 Fällen über, in denen sich nur Hinterstrangdegeneration fand, d. i. Fall II, IV, VII, IX, XI, XIII. — Im Fall II und XIII war die H. Str.-Erkrankung erwartet worden, in den übrigen Fällen nicht.

Vergleichen wir die Localisation des Falles II mit anderen beginnenden Fällen von H. Str.-Erkrankung, z. B. den *Strümpell*'schen (Archiv f. Psych. Bd. XII, Taf. XIII), so stimmt die Localisation nicht mit den dortigen Degenerationsfeldern überein. Desgleichen besteht nur theilweise Harmonie mit den *Tuczek*'schen Querschnittsbildern. — Indess der Halsmarkdegenerationsstreifen auf der Grenze von Goll'schen und Burdach'schen Strängen findet sich in Fall II, III und IV von *Tuczek* (Archiv f. Psych. Bd. XIII, Taf. III) ebenfalls. — Im Brustmark ist bei den *Tuczek*'schen Ergotin-Degenerationsfällen besonders die Wurzel- und Lissauer'sche Zone ergriffen, was in Bezug auf erstere Region mit Fall II, in Bezug auf die letztere Localisation mit Fall IV, Fig. 25 von uns annähernd

übereinstimmt. Die Bandelettes latérales finden sich im D. M. II, während die Lissauer'sche Zone sich im Falle IV, Fig. 4 (oberes D. M.) degenerirt findet. — Die Localisationsweise in Fall IX, wobei es sich um eine Hinterstrangdegeneration erst im Beginne handelt, ist ziemlich eigenartig; im H. M. ist auch die Grenze von Goll'schen und Burdach'schen Strängen betroffen, doch nur die hinterste Partie.

Wie steht es nun bei den genannten 6 Fällen mit der Frage: Welches ist der primäre Process gewesen und welches der secundäre?

Fall XIII war notorisch eine Paralysis ascendens. — Fall II möchte ich auch als aufsteigende Paralyse charakterisiren; ich glaube, dass die H. Str.-Erkrankung zuerst aufgetreten. Der R. M.-Process hat ja doch eine ziemliche Ausdehnung erreicht; der ganze Verlauf der Paralyse, die als keine typische bezeichnet werden kann, weist weniger psychische Symptome auf, sondern hauptsächlich motorische; insbesondere waren von Anfang an die Unterextremitäten stark betheiligt, so dass ich also — wie gesagt — in diesen beiden Fällen die R. M.-Degeneration als das Primäre ansprechen möchte. — In den übrigen 4 Fällen war entschieden die Hirnerkrankung die Hauptsache — das Primäre; die Möglichkeit, dass die Erkrankung in beiden Organen zu gleicher Zeit eingesetzt hat, ist natürlich nicht von der Hand zu weisen.

Somit wende ich mich den Fällen zu, bei denen Py. S.-Stränge und H. Str. zugleich erkrankt sich fanden. — Es sind dies Fall III, V, VI, VIII.

Auf den Umstand, dass Vorderstränge und Kleinhirnseitenstränge in keinem Falle erkrankt gefunden wurden, habe ich schon hingewiesen.

Fall III und IV sind von mir am genauesten untersucht; R. M. III weist in den H. Str. im H. M. die beiden wiederholt genannten Streifen auf, im mittleren D. M. ist hauptsächlich die Wurzelzone ergriffen, im unteren D. M. und L. M. findet sich — wie dies die Regel — die Degeneration als eine mehr zerstreute, diffuse dafür local nicht so intensive. — Die Py. S. Str.-Erkrankung ist im mittleren D. M. bereits deutlich vorhanden, doch ziemlich gering, nach unten nimmt sie zu.

Bei Fall V ist das Verhältniss umgekehrt, indem nach unten

zu die Py. S. Str.-Erkrankung abnimmt, so dass das L. M. als ganz frei zu bezeichnen ist. Die Hinterstränge sind im L. M. noch ganz ausgesprochen erkrankt, und zwar ist die Degeneration auf die Mitte derselben concentrirt.

R. M. VIII ist im Ganzen dem Fall III ähnlich; doch ist die Erkrankung noch nicht so vorgeschritten. Die H. Str. sind nach unten zu frei, während die Py. S. Str. mehr und mehr als erkrankt sich manifestiren. Im oberen Theil des R. M. dagegen ist es umgekehrt.

Bei diesen Fällen, wo Hinter- und Seitenstränge degenerirt, bleibt wohl nur die Annahme, dass Gehirn und Rückenmark selbstständig, unabhängig von einander erkrankten; die Thatsache, dass der Grad der Erkrankung nicht mit dem Verlaufe der Faserstränge correspondirt, zwingt wohl zu dieser Annahme.

Stelle ich nun statistisch die Fälle zusammen, bei denen Erkrankung des R. M, gefunden wurde, so ergiebt sich unter

23 Fällen ein positives Resultat für 13; es entspricht dies 56,5 pCt.

Ich komme nun auf die Frage: Wie viele von diesen 23 Fällen waren typische, wie viele atypische Paralysen? Auf die Definition bezw. den Unterschied beider bin ich ja schon früher eingegangen.

Die eine Potatoren-Paralyse, die unter den 23 Fällen sich findet, zähle ich zu den atypischen.

Typische Fälle sind: I, III, VI, VII, VIII, IX, X, XII, XIV, XVIII, XIX, XX, XXII.

Atypische Paralysen sind: insbesondere XXIII, dann XIII, ferner II, IV, V, XI, XV, XVI, XVII, XXI.

Wir haben sonach 13 typische und 10 atypische zu verzeichnen; von diesen 13 typischen sind

7 mit Betheiligung des R. M. zu registriren,
6 ohne - - - -.

Unter den 10 atypischen Fällen finden sich

6 positive und 4 negative Fälle in Bezug auf R. M.-Betheiligung.

Ich füge der Vollständigkeit halber noch an, dass es sich um 15 Männer und 8 Frauen handelte. — Die verhältnissmässig beträchtliche Zahl weiblicher Paralysen beruht auf Zufall; es starben

gerade in der Zeit meiner Untersuchung viele weibliche Paralysen.

Die Frage nach der Bedeutung der Lues in der Aetiologie der Paralyse ist zur Zeit eine so brennende, dass es mir wohl gestattet sein wird, auf diesen Punkt hin mein — allerdings kleines Material zu prüfen, obwohl es nicht eigentlich zum Thema gehört.

Ich glaube dies um so mehr thun zu sollen, als ich ja die Rückenmarksdegeneration zum Gegenstand meiner Untersuchung gemacht habe, und gerade diese Erkrankung, speciell die Hinterstrangdegeneration, mehr und mehr auf Rechnung der Syphilis — wenn auch indirect — gesetzt wird.

Ich kann bezüglich meiner Fälle Folgendes berichten: Syphilis ging sicher voraus in 6 Fällen; Syphilis ging wahrscheinlich voraus in 4 Fällen. — Bei den übrigen 13 Fällen findet sich 4 Mal Kinderlosigkeit angegeben bei vieljähriger Ehe; 3 Mal besteht die Angabe, dass der oder die Betreffende in Venere excedirte. — Bei einer weiblichen Paralyse findet sich die Angabe, dass die Betreffende ein todtgeborenes Kind hatte und im Beginne der Erkrankung ein recht schwächliches, das bald nach der Geburt starb.

In den übrigen 5 Fällen ist die Anamnese lückenhaft. — Diese Mittheilung spricht wohl dafür, dass die Lues in einem ausschlaggebenden, wenn auch indirecten, Zusammenhang mit der Paralyse steht. Unter den 6 Fällen, bei denen Lues sicher vorangegangen, sind 4 Fälle mit Betheiligung des R. M.

Zum Schlusse füge ich noch an, dass ich eigentlich, als ich an die vorstehende Untersuchung ging, noch einen Hintergedanken hatte, mich einer leisen Hoffnung hingab. — Dass die Erkrankung des Gehirns, der Hirnrinde bei der Paralyse und die Rückenmarks-Degeneration nahe verwandte Processe sind, wird mir wohl Jeder zugeben; ich hatte gehofft, vielleicht durch die Untersuchung des R. M. die Erkenntniss der pathologischen Anatomie der Paralyse zu fördern, in diesem Punkte vielleicht etwas vorwärts zu dringen; diese Hoffnung hat sich leider nicht realisirt. — Indess glaube ich doch, es habe sich der Mühe gelohnt, die Resultate meiner Untersuchung zu publiciren.

Reflexepilepsie mit Dementia und paralytischen Symptomen. Beseitigung der Anfälle durch Amputation des narbigen Fingers.

Von

Dr. med. Paul Guder,

Königlichem Kreisphysicus des Kreises Wittgenstein zu Laasphe.

Auf die an meinen Amtsvorgänger gerichtete, an mich abgegebene Requisition vom 22. Febr. 1889 habe ich den in Baufe, Kreis Wittgenstein wohnenden Fr. Weber am 25. Febr. 1889 untersucht.

1. Angaben der Angehörigen des p. Weber[1])

a) des Vaters desselben.

Im April oder Mai 1886 kam mein Sohn von der Grube zurück und hatte eine verbundene Hand, die ihm, wie er sagte, zerquetscht war. Die Hand eiterte bis in den Herbst hinein. Im Januar des anderen Jahres des Nachts um 12 Uhr fing dann plötzlich eine andere Krankheit an. Dies wurde so schlimm, dass er immer dabei tobte. Er fiel hin, schlug mit den Armen und Beinen, riss Alles kurz, was er an sich hatte, dass man nicht zu ihm gehen konnte; packen konnte man ihn gar nicht, dazu war er zu stark und in seinen Anfällen nicht zu halten. $^3/_4$ Jahre hatte er die Krankheit so schlimm, dann wurde er ruhig. Aber es verging nicht ein Tag, dass er die Krämpfe nicht hatte. Wenn er sie Tags nicht hatte, hatte er sie des Nachts, aber er tobte nicht mehr so. Wenn er aber etwas thun sollte, war es ihm gleich entfallen, er hatte kein Gedächtniss mehr. Er ist zu keinerlei Arbeit fähig, man kann ihn nicht einmal ohne Aufsicht lassen, weil er jeden Augenblick hinfallen kann.

b) Angaben der Frau.

Im April 1886 kam mein Mann von der Grube zurück; bis in den Spätherbst, bis fast vor Weihnachten hin, haben die Finger „gebrannt“

[1]) Nach Stenogrammen.

(geeitert). Wenn man meinte, sie wären geheilt, musste er wieder zum Arzt, der ihm Splitter herausnahm. Da wurde er ein schwacher Mann durch die Hand und vorher war er doch ein starker Mann. Am 26. Januar wurde er furchtbar krank. Wir konnten aber hinter die Krankheit, die er im Bette hatte, nicht recht kommen. Im Juni fiel er aber draussen im Freien um. Die Anfälle traten sehr stark auf, und schliesslich wurde er aufgeregt. Nachher war er immer sehr müde. Vorigen Sommer war es furchtbar, er war oft ganz tobend, und da fiel es jeden Tag, täglich oft 2 Mal vor. — Jetzt ist es, wenn nicht bei Tage, dann jede Nacht (Nachts seien aber die Anfälle stärker). Das Gedächtniss meines Mannes ist sehr schwach und kurz. Zu einer Arbeit ist er durchaus nicht fähig.

2. Meine eigene Wahrnehmung an dem p. Weber.

Ich suchte den p. Weber unerwartet in seiner Wohnung auf. Derselbe sass am Ofen und hielt sein Kind auf den Knieen.

Der p. Weber erschien mir ziemlich gross, von mässiger Musculatur, kräftigem Knochenbau, geringem Fettpolster, sehr blasser Hautfarbe. Der Gesichtsausdruck war anfangs stumpf und gleichgültig, später erschien er ängstlich und weinerlich. Der Kopf ist gut behaart, das Haar blond. Auf dem Kopf liess sich beim Beklopfen eine schmerzhafte Stelle nicht auffinden. Einige kleine Narben im Gesicht rührten vom Hinfallen in den noch zu besprechenden Anfällen her. Die linke Pupille war erheblich weiter als die rechte, die erstere über mittelweit, die letztere fast stecknadelknopfgross. Die Veränderungen der Pupillen bei Lichtabschluss und Lichtzutritt waren sehr träge und geringe. Auf Befragen, ob er gut sehen könne, gab der p. Weber an, dass sein rechtes Auge schwächer sei als das linke. — Die rechte Nasenlippenfalte ist weniger deutlich ausgeprägt, die linke stärker. Die Zunge weicht beim Hervorstrecken unter Zittern nach rechts ab, das Zäpfchen hängt gerade. Die Schlaffheit der Musculatur der rechten Gesichtshälfte ist eine recht auffällige und deutliche.

Die Herztöne sind rein, der Puls schlägt 80 Mal in der Minute, ist nicht sehr voll und kräftig. Der p. Weber klagt über Druck auf der Brust; er will vor längerer Zeit an der Lunge krank gewesen sein; die Untersuchung ergab überall normalen Lungenschall, normales Athemgeräusch. An den Organen des Unterleibs liess sich eine krankhafte Veränderung nicht nachweisen.

Der Zeigefinger der linken Hand zeigt an der Stelle des Nagels eine Narbe. Von dort aus habe er, giebt der p. Weber an, Schmerzen, die anfallsweise auftreten. Der Zeige- und Mittelfinger der linken Hand sind gerade gestreckt, zeigen einige Narben und können nicht gebeugt werden; der 4. Finger lässt sich nur wenig beugen. Nur mit dem Daumen und dem kleinen Finger vermag der p. Weber zuzugreifen. Die Zwischenknochenmuskeln der Hand sind sehr geschwunden, die ganze Hand ist magerer als die rechte Hand. Der Gang ist nicht auffällig, das Kniephänomen beiderseits deutlich, aber schwach.

Während der Untersuchung wurde der p. Weber blass, weinerlicher Stimmung, die Ehefrau sprang hinzu, umfasste den Mann und behauptete, es beginne ein „Anfall". Die rechte Hand begann zu zittern und zu zucken, dann der Unterkiefer; aus dem Munde floss schaumiger Speichel, dann zuckte die ganze rechte Körperhälfte, alsdann die linke. Kurz, es spielte sich ein auch für jeden Laien unverkennbarer epileptischer Anfall ab. Ich beobachtete denselben — der p. Weber wurde inzwischen auf das Bett gelegt — noch 10 Minuten, ein Ende war nicht zu erwarten und soll dasselbe erst Stunden nach meinem Weggang eingetreten sein. Während des Anfalles war der p. Weber völlig bewusstlos.

3. Gutachten. Der 33 Jahre alte Weber ist nach dem Befund ein körperlich und geistig in Verfall gerathender Mensch.

Körperlich leidet er an epileptischen, leicht eintretenden bezw. leicht hervorzurufenden Anfällen, die sich nach Angabe der Angehörigen täglich wiederholen. Er bedarf der steten Aufsicht, wenn er sich nicht im Hinstürzen verletzen, verbrennen u. s. w. soll. Er zeigt ferner Ungleichheit der Pupillen, der Gesichtshälften, Zittern und Abweichen der Zunge — Zeichen einer schweren, ungünstige Aussichten bietenden Gehirnkrankheit. Geistig stellt sich auffällige Stimmungsveränderung und Gedächtnissschwäche ein.

Der p. Weber muss in Folge seiner Gebrechen als völlig arbeits- und erwerbsunfähig erachtet werden.

Die Frage, ob die Erkrankung in directem ursächlichen Zusammenhang mit der Verletzung steht, bedarf noch der Erörterung. Der p. Weber soll vor der Verletzung an Krämpfen nicht gelitten haben. Die Krämpfe sollen nach der Quetschung der Hand eingetreten sein. Derartiges Auftreten von Krampfanfällen, d. h. von Krämpfen, die von einer Narbe oder Quetschung ausgehen (Reflexepilepsie), ist bekannt und widerspricht der ärztlichen Erfahrung nicht. — Dass die weiteren Gehirnerscheinungen Folge der Krämpfe allein sind, ist nicht unmöglich, wahrscheinlich aber haben wiederholte Verletzungen und Erschütterungen des Kopfes, wie sie bei derartig unerwartet auftretenden Krämpfen unvermeidlich sind, das ihrige dazu beigetragen.

Demnach gebe ich mein Gutachten dahin ab, dass der p. Weber an Krämpfen und geistiger Schwäche leidet, völlig arbeitsunfähig ist und dass diese Krankheit und dieses Leiden, die Wahrheit der Angaben der Angehörigen vorausgesetzt, in ursächlichem Zusammenhang mit der Verletzung steht.

Dass ich die Mittheilungen des Kranken und seiner Angehörigen richtig in das Attest aufgenommen habe, dass die eigenen Wahrnehmungen überall der Wahrheit gemäss sind, und dass ich das Gutachten auf Grund der eigenen Wahrnehmungen nach meinem besten Wissen abgegeben habe, versichere ich.

Laasphe, den 1. März 1889.

Dr. *Guder*, Kreisphysicus.

Das vorstehende Gutachten wurde auf Verlangen des Vertrauensmannes der Berufsgenossenschaft ausgestellt und musste deshalb unter Vermeidung technischer Fremdworte möglichst kurz abgefasst werden.

Ich trage deshalb noch nach, dass der p. Weber 1856 geboren, demnach z. Z. 33 Jahre alt ist. Er stammt aus einer durchaus gesunden Familie, in der namentlich Geistes-, Nervenkrankheiten etc. nicht vorgekommen sind. Er war angeblich stets gesund, lernte in der Schule gut, brauchte aber nicht Soldat zu werden, da er überzählig war.

Er hat ein Kind, welches 1886 und ein Kind, welches am 27. März 1889 geboren wurde. Beide Kinder sind gesund und gut entwickelt. Irgend welche Abnormitäten habe ich an den Kindern nicht aufzufinden vermocht. Das jüngste Kind hat er während seiner Krankheit gezeugt.

Hinsichtlich seines geistigen Zustandes muss noch nachgetragen werden, dass Weber seinen Geburtstag und sein Geburtsjahr nur ganz unsicher anzugeben vermochte und bei der Beantwortung aller Fragen ängstlich auf seine Frau schaute, als wollte er bei ihr Raths erholen.

Schon bei der ersten Untersuchung hatte ich wiederholt die Frau und auch den Kranken darauf hin gefragt, ob er vor dem Beginn des Anfalls irgend eine Empfindung in dem Finger habe, oder ob bei unsanften Berührungen dieses Fingers die Krämpfe einzutreten pflegten. Leider konnte ich aber genaue Angaben nicht erhalten. Ich suchte aber in den nächsten Wochen den p. Weber wiederholt auf und konnte mich stets davon überzeugen, dass ein leiser Druck der narbigen Fingerspitze den Anfall prompt auslöste. Die dem Kranken verabreichte Bromsalzlösung zeigte keinerlei Einfluss auf das Befinden. Die Anfälle kamen täglich, ihre Dauer etc. blieben wie früher.

Nachdem es auch den Angehörigen klar geworden war, dass der Reiz am Finger die Ursache der Krampfanfälle war, konnte ich mit dem Verlangen nach Entfernung des Fingers hervortreten. Ich stellte in Aussicht, dass mindestens eine Milderung, vielleicht ein Aufhören der Krampfanfälle zu erwarten sei. Die Amputation des Fingers wurde mir daher von den Angehörigen und dem Kranken gestattet.

Wegen des hervorragenden klinischen Interesses aber, das dieser Fall hervorrufen musste, fragte ich Herrn Prof. Dr. ***Braun*** in Marburg, ob er diesen in seinen Vorlesungen vorstellen wollte. Bereitwillig wurde mir vom Herrn Professor ein Freibett bewilligt, und es gelang mir schliesslich auch noch, das Widerstreben des Kranken und der Angehörigen zu überwinden und sie zur Reise nach Marburg zu bewegen.

Unter Begleitung zweier Männer trat der Kranke Anfang Mai d. J. seine Reise an, die Amputation des Zeigefingers wurde in den nächsten Tagen vorgenommen und konnte der Kranke nach wenigen Tagen wieder heimkehren. Seit der Amputation waren und sind bis heutigen Tages Anfälle nicht mehr wiedergekehrt. Absolut bestimmt äussert sich aber der Kranke, dessen Intelligenz man aus dem Gutachten wohl beurtheilen kann: „Es war mir sonst immer so krampfartig in der ganzen Natur, jetzt, nachdem der Finger fort ist, habe ich nichts mehr davon.“ Er gab bestimmt an, dass er dieses krampfartige Gefühl sofort nach dem Wiederkehren des Bewusstseins (nach der Operation in Chloroformnarkose) vermisst habe.

Seine Stimmung war eine sichtlich bessere, nicht mehr so trübe, gedrückte und ängstliche. Mir kam der Kranke auch im Allgemeinen lebhafter vor.

Nach etwa 10 Tagen reiste der p. Weber allein nach Marburg, um noch einmal in der Klinik vorgestellt zu werden.

Bei seiner Rückkehr vermochte er über den Vortrag des Herrn Professor Einiges recht klar zu berichten.

Inzwischen theilte ich dem Herrn Vertrauensmann die Veränderung der Sachlage mit dem Bemerken mit, dass der p. Weber trotzdem noch immer als völlig erwerbsunfähig betrachtet werden müsse.

Derselbe antwortete:

„Auf Ihre sehr gefällige Mittheilung sage ich Ihnen meinen verbindlichsten Dank. Es würde mich ausserordentlich freuen, wenn durch Ihre Kunst das Elend des p. Weber aufgehoben würde.

Im Ferneren erlaube ich mir Ihnen noch gleichzeitig mitzutheilen, dass infolge Ihres Gutachtens dem p. Weber die volle Rente[1]) und zwar rückwirkend bis zum 1. Mai 1887 zur Zahlung angewiesen ist."

Diese Botschaft wirkte ihrerseits wieder günstig auf das Befinden des p. Weber ein.

Seither habe ich den p. Weber recht oft, wöchentlich oft 2 Mal gesehen und stets von ihm die Versicherung erhalten, dass er sich von Krämpfen frei fühlte. Leider aber war beziehentlich des körperlichen Allgemeinbefindens keine rechte Besserung zu bemerken. Der Appetit war nur mässig, das Körpergewicht wollte nicht recht zunehmen; auch die Farbe des Gesichtes wollte trotz der vielen Bewegung im Freien, die der p. Weber vornahm, keine andere werden. Die Gedächtnissschwäche bestand fort.

Mitte Juli fand ich beide Pupillen gleich, stecknadelknopfgross, von träger Reaction, auch beide Nasenlippenfalten waren annähernd gleich deutlich, die Zunge zeigte beim Hervorstrecken leichte Zitterbewegungen.

Der Schlaf war Nachts immer noch sehr unruhig, Weber träumte viel und sprach viel im Schlaf. Noch klagte er über eine Art Herzklopfen, doch habe er „keine Angst mehr, wie früher". „Die Spannung in den Gliedern ist vergangen, die krampfartigen Gefühle habe ich nicht mehr." — Ausserordentlich leicht bricht bei dem p. Weber ein starker kalter Schweiss aus.

Am 3. August c. fand ich den Kranken im Bett mit den Erscheinungen eines acuten Magencatarrhs. Die linke Pupille war weiter als die rechte, die letztere ziemlich eng. Die rechte Gesichtshälfte war schlaffer als die linke, die Zunge wich wieder stark nach rechts ab. Der Patient wurde von der Krankheit sehr angegriffen und reconvalescirte von der Mitte August sehr langsam. Krampfanfälle traten aber weder bei den sehr stürmischen

[1]) Bisher war er 50 pCt. arbeitsfähig erachtet worden.

Erscheinungen des Krankheitsbeginnes noch im Verlauf der Krankheit auf.

Am 12. Sepetmber untersuchte ich den p. Weber auf Requisition der Berufsgenossenschaft noch einmal. Der Befund war hinsichtlich der paralytischen Symptome und hinsichtlich der Gedächtnissschwäche derselbe wie am 3. August cr.

Am 5. Dec. 1889 sah ich Weber zum letzten Mal. Das Allgemeinbefinden erschien besser, die Stimmung war eine heitere, Krampfanfälle waren nicht eingetreten, die motorischen Störungen bestanden noch unverändert fort. Ich erfuhr, dass er seit Anfang des Jahres seine Libido sexualis eingebüsst habe.

Die Diagnose „Reflexepilepsie" ist unzweifelhaft sicher gewesen; die Entfernung des Fingers hat das Aufhören der schweren, täglich wiederkehrenden Anfälle mit sich gebracht. Mit der Amputation des Fingers ist eine „gewisse Spannung der Glieder", ein „gewisses krampfartiges Gefühl in der Natur" gewichen. Auch *Koeppe* schildert ähnliche Vorkommnisse.

Als ein Fall von Reflexepilepsie mit Heilung nach Entfernung der Narbe ist der Fall ja nichts Seltenes, wohl aber gilt er meines Erachtens wegen der paralytischen Erscheinungen als merkwürdig. Nach dem Aufhören der früheren typischen epileptischen (NB.! keineswegs epileptiformen oder paralytischen) Anfälle müsste jetzt auf Grund der Dementia und der paralytischen Symptome die Diagnose auf Dementia paralytica gestellt werden. Ich hatte in dem ersten Gutachten offen gelassen, ob diese Erscheinungen Folge des Aufschlagens des Kopfes im Anfall, d. h. traumatischen Ursprungs sind, oder ebenfalls wie die epileptischen Krämpfe nur durch die periphere Reizung, gewissermaassen reflectorisch, wenn man so sagen dürfte, bedingt seien.

Paralytische Erscheinungen habe ich in einigen Fällen lang dauernder Epilepsie vielfach zu beobachten Gelegenheit gehabt. In unserem Fall lag nur eine Epilepsie von relativ kurzer Dauer vor und noch dazu eine Reflexepilepsie, die z. Z. als geheilt resp. beseitigt angesehen werden muss. — Fälle von Reflexepilepsie mit paralytischen Symptomen habe ich in der Litteratur nicht finden können, dieser Fall ist für mich eine Seltenheit.

In der Anamnese der Dementia paralytica findet man nach

Mendel (Die progressive Paralyse p. 243) sehr selten epileptische Anfälle. Er fährt dann fort: „Dass sich die Paralyse unmittelbar an die epileptischen Anfälle anschliessen kann, zeigt der Fall von *Westphal* (Archiv VII p. 622), wie ähnliche Beobachtungen von *Legrand du Saulle* und eine Kranke von *Burlureaux* (Thèse 1874 p. 71), die nachdem sie 21 Jahre Epilepsie ohne geistige Störung gehabt hatte, nach und nach in Paralyse verfiel. — Eine nach dem 35. Jahre eintretende Epilepsie wird man in der Regel mit der Besorgniss betrachten müssen, dass sie die erste Erscheinung einer hereinbrechenden Paralyse sei."

Bei Besprechung der „ascendirenden Form" der Dementia paralytica hält *Mendel* (l. c. p. 22—23) einen von *Foville* mitgetheilten Fall für nicht beweiskräftig. „Ebenso kann ich", fährt er fort, „trotz der sehr ausführlichen Darlegung von *Voisin* über die Form der Paralyse, die allgemeinen, lang dauernden Neuralgieen folgt, den Zweifel nicht unterdrücken, ob es sich hier nicht entweder darum handelt, dass die Paralyse mit der Neuralgie überhaupt nichts zu thun hat, oder darum, dass die Neuralgie als eine excentrische Schmerzempfindung die Folge der im Anzuge begriffenen Krankheit sei."

Zweifellos ist unser Kranker bis zur Quetschung seiner Hand geistig und körperlich gesund gewesen. Während der Vernarbung der Finger traten die epileptischen Krampfanfälle ein, denen sich geistige Störungen hinzugesellten. Die vorhandene Dementia liesse sich wohl als Folge dieser Zustände allein erklären. — Für die Zeit des Eintritts der paralytischen Erscheinungen habe ich keinerlei Anhaltspunkte gewinnen können. — Wollte man sie den Kopfverletzungen in den Krampfanfällen zuschreiben, müssten sie sich einerseits in zahlreicheren Fällen von Epilepsie in frühen Stadien nachweisen lassen, andererseits müsste in der Anamnese der Dementia paralytica die Epilepsie häufiger aufzufinden sein. — Demnach verliert für mich die Möglichkeit, dass die Dem. paralyt. von der peripheren Ursache gleich der Epilepsie ihren Ursprung genommen hat, nicht an Wahrscheinlichkeit. Eine prompte Rückbildung der Zustände, wie das Ausbleiben der Epilepsie, konnte man ja doch nicht erwarten; ob eine solche überhaupt eintreten wird, kann meines Erachtens nur eine sehr lange Beobachtung erweisen. Die Möglichkeit der Rückbildung möchte ich, da ein ähnlicher Fall

noch nicht beobachtet zu sein scheint[1]), nicht von der Hand weisen. Um aber möglicherweise auf einen ähnlichen Fall zum Nutz und Frommen des Kranken verwiesen werden zu können, habe ich mich trotz der kurzen Beobachtung nach der Amputation des Fingers zur Veröffentlichung des Falles bewogen gefühlt.

[1]) Später fand ich in *Thomsen*: „Die traumatischen Neurosen, Berlin, 1889", p. 81, die Beobachtung XXXIII, welche eine gewisse Aehnlichkeit mit der meinigen darbietet.

Günstiger Einfluss fieberhafter Krankheiten auf Psychosen; Heilung einer Manie in Folge einer Pleuritis.

Von

W. Willerding,

Assistenzarzt an d. Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt zu Hildesheim.

Somatische Leiden wie Typhus, Variola, Intermittens, Erysipelas, Tuberculose, Pneumonie etc., wie leichte und schwere Schwangerschaften, Geburten und Wochenbetten werden häufig als ätiologische Momente für Psychosen beobachtet, und in der That treten Geisteskrankheiten manchmal nach Gesichtsrose, nach Ueberstehen des Typhus oder der Variola, beim Eintreten von tuberculösen Erscheinungen auf, und wie oft wird nicht die heiterste Frau während der Schwangerschaft äusserst melancholisch? Wie oft wird unmittelbar nach dem Geburtsact und im Wochenbette der Anfang einer Geistesstörung bemerkt! Ja man kann sagen, dass die Zahl der nach somatischen Leiden psychisch Erkrankten, ohne dass diese hereditär psychopathisch belastet sind, annähernd gleich der Hälfte derer ist, deren Geistesgestörtheit auf hereditäre Beanlagung und auf psychische Ursachen zurückzuführen ist. Bei den in der Hildesheimer Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt in den Jahren 1878—1888 aufgenommenen Geisteskranken ist als ätiologisches Moment angegeben:

	1) Körperliche Leiden,	2) Erbliche Belastung,	4) Psychische Ursachen,
bei den Männern	175	260	60
bei den Frauen	129	245	52
	304	505	112

	4) Consanguinität,	5) Trunksucht,	6) Unbekannt,
bei den Männern	5	98	392
bei den Frauen	—	4	341
	5	102	733

Summa	
bei den Männern	990
bei den Frauen	731
	1721

Es würde sich hiernach zwischen denen, deren Psychosen auf körperliche Leiden, und denen, deren Krankheit auf erbliche Beanlagung zurückzuführen sind, das Verhältniss von 3:5 herausstellen; das Verhältniss der ersteren zu allen, deren Aetiologie bekannt, ist ca. 3:7 und zu allen Aufgenommenen ca. 3:17.

Wie nun somatische Leiden Geisteskrankheiten hervorzurufen vermögen, so kann man nicht läugnen, dass sie gar häufig Psychosen beeinflussen; sei es nun, dass dieselben sich nach körperlichen Leiden verschlimmern, zeitweise oder dauernd; sei es, dass dieselben nach ihnen zum Stillstand kommen; sei es, dass dieselben in ihren Symptomen abgeschwächt werden, oder sei es, dass dieselben zur vollständigen Genesung gelangen.

Bei gelegentlichen Epidemien in Irrenanstalten hat man verschiedene Beobachtungen derart gemacht: Manchmal verschwanden bei der Mehrzahl der Erkrankten sämmtliche Krankheitssymptome, manchmal ward gar keine Genesung beobachtet; und danach liest man in der Literatur die widersprechendsten Urtheile über den Einfluss somatischer Leiden auf Psychosen. Die einen wollten nichts davon wissen; die anderen begrüssten das Entstehen einer Epidemie mit grosser Freude, ja gingen darin so weit, dass sie vorschlugen, künstlich acute fieberhafte Krankheiten hervorzurufen, und haben das Krankheitsgift auch vielfach eingeimpft. So hat *Köstl* in seiner Irrenanstalt so günstigen Einfluss der Variola bei seinen Geisteskranken bemerkt, dass er eine Zeit lang jeden Kranken zum Zweck der Heilung der Psychose revaccinirte. Dies Verfahren wurde nun von einigen Psychiatern, z. B. *Sponholz* in Charlottenburg, nachgeahmt, — jedoch als nutzlos bald wieder verlassen. Ferner hat *Koster* in seiner Dissert. inaugur., in welcher er eine Intermittens-Epidemie von 24 Fällen, wovon 7 in Heilung

und 7 in Besserung übergingen, beschreibt, in Folge dieses günstigen Resultates vorgeschlagen, Irrenanstalten in einer dem Wechselfieber besonders ausgesetzten Gegend anzulegen.

Das früher fast allgemein geübte Anlegen von Fontanellen auf der Kopfhaut, das schon im Alterthum übliche Einreiben des Nackens mit reizender Salbe, um eine langdauernde Eiterung zu erzeugen, basirt auch jedenfalls auf der Beobachtung, dass nach zufällig eingetretener profuser Eiterung bei Geisteskranken Genesung erfolgte, — und ist hier zu erwähnen. Man glaubte durch diese künstliche in der Nähe des Gehirnes hervorgerufene Eiterung ableitend auf den Sitz der Krankheit, das Gehirn, zu wirken. Dass in der That nach langdauernden starken Eiterungen Heilung chronischer Psychosen vorkommt, zeigt ein in der Hildesheimer Anstalt beobachteter Fall, welcher von Dr. *Stenger* in der Zeitschrift für Psychiatrie (XXXVII, pag. 724 u. ff.) beschrieben ist.

In der Neujahrsnacht 1878 stürzte ein Fräulein X., durch heftige Hallucinationen geleitet, aus dem Fenster und zog sich dabei eine complicirte Fractur des einen Unterschenkels zu; es trat eine starke, monatelange Eiterung hinzu, wodurch Patientin körperlich sehr zurückging. Während ihres langen Krankenlagers hörten die Hallucinationen auf; die Wahnideen wurden schwächer; in den letzten Wochen war sie klar und hatte volle Krankheitseinsicht; nach Heilung der Wunde und Kräftigung des Körpers wurde sie freilich mit deformirtem Unterschenkel, aber psychisch vollständig gesund entlassen.

Wie nun auch die Erklärung lauten mag, dass die starke Eiterung heilend auf die Geisteskrankheit gewirkt hat, ist mit Bestimmtheit nicht festzustellen; es ist eben eine feststehende Thatsache.

Sponholz (Zeitschrift für Psychiatrie XXX, pag. 1—11) spricht auch von durch ihn beobachteten Heilungen und Besserungen der Geisteskrankheiten nach somatischen Affectionen in vereinzelten Fällen und theilt einen Fall mit, wo in Folge einer ausgedehnten, durch Schlag entstandenen Pseudorose die colossalsten Grössenideen und Lähmungserscheinungen eines „zweifellosen Paralytikers" verschwunden sind. Er erklärt sich die kritischen Folgen nach entstandenem pathologischen Process dadurch, dass er annimmt, dass sich entweder die Hinleitung des Blutes in peripherische

Bahnen für die Entlastung der Nervencentra oder der intensive Stoffwechsel für den Hirnkreislauf wirksam erwiesen hätte.

Auch *Wille* (XXII, pag. 1 u. ff.), der im grossen und ganzen wenig von der günstigen Beeinflussung somatischer Leiden auf Psychosen hält, hat aber doch in 2 Typhusepidemien einige Genesungen in unmittelbarem Anschluss an Typhus beobachtet und sagt, dass bei den secundären Formen von Geistesstörungen in der Mehrzahl eine kurze Zeit Besserung eingetreten sei, dass bald aber die Psychose sich in alter Form wieder eingestellt habe.

Ueber den Einfluss acuter fieberhafter Krankheiten als Entstehungsursache und Ursache der Besserung und Heilung von Geistesstörungen hat der kürzlich verstorbene *Nasse* gar viel veröffentlicht.

In der Zeitschrift für Psychiatrie spricht er sich XXVI, 713/714 darüber ungefähr folgendermaassen aus, indem er von Typhus insbesondere redet, dass, wenn in Folge desselben eine Psychose auftrete, dieselbe auf der hierauf folgenden Oligämie beruhe und grösstentheils bald in Genesung übergehe. Dann schildert er den Einfluss des Typhus auf schon bestehende Geisteskrankheiten in 23 Fällen, von welchen 10 in Heilung, 5 in dauernde und 2 nur in vorübergehende Besserung übergegangen, während in 6 Fällen der Typhus ohne Einfluss geblieben sei — ein in der That sehr erfreuliches Resultat —, und sucht dafür in der Beseitigung der vorher bestandenen Hyperämie des Gehirns die Erklärung. Unter allen intercurrenten Krankheiten, schliesst er, sei dem Typhusprocess bei weitem die günstigste Einwirkung auf die Psychose zuzuerkennen.

An einer anderen Stelle dieser Zeitschrift XXVII, pag. 11—42 erwähnt *Nasse* mehrerer anderer Psychiater Beobachtungen und Ansichten über diesen Gegenstand. Nach ihm will *Jacobi* in Siegburg bei $^1/_6$ aller Tobsüchtigen in typhösen Fiebern die Krankheitsursache gefunden haben; *Schlager* soll bei 500 Fällen von Psychosen 22 mal dem Typhus die Entstehung zugeschrieben und *Bergmann* unter 197 Seelenstörungen 75 gefunden haben, welchen Typhus kürzere oder längere Zeit vorausgegangen war. *Nasse* selbst führt von 2000 Krankheitsfällen bei 43 die Entstehung auf den Typhus zurück. Nach *Schlager, Muguier* ist der pathologische Zustand des Gehirns beim Irresein nach Typhus in einer zurück-

gebliebenen Hirnhyperämie und deren Folgeprocessen zu suchen; nach *Griesinger* in der Anämie und Erschöpfung. Nach *Hoffmann* soll der Typhus eine seröse Durchfeuchtung der weichen Hirnhäute und auch der Hirnsubstanz im ersten Stadium zu Wege bringen; *Buhl* ist derselben Ansicht. Im zweiten Stadium hat *Hoffmann* häufig eine „veränderte Festigkeit des Gehirns“ und eine „parenchymatöse Degeneration der Ganglienzellen“ durch diffuse Einlagerung von Pigmentkörnern — Blutextravasaten — bedingt, endlich Atrophie der Gehirnmasse beobachtet — und *Nasse* hält dies für eine plausible Erklärung.

In demselben Vortrage führt *Nasse* noch einige Beobachtungen anderer Psychiater von Heilungen der Geistesstörungen nach Typhus an; da hat *Bach* bei 11 vom Typhus befallenen Geisteskranken 10 psychische Heilungen, *Schlager* unter 11 Fällen 6, *Gaye* unter 62 nur 4 Genesungen zu verzeichnen gehabt.

In dem Jahrgange 1885 der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie ist vom Dr. *Rath* ein Aufsatz „über eine Typhusepidemie in der Provinzial-Irrenanstalt zu Osnabrück“ veröffentlicht: Im Jahre 1881 wurden 25 Geisteskranke vom Typhus befallen; bei 5 Erkrankten hörte die Geistesgestörtheit zugleich mit der somatischen Krankheit auf; 10 zeigten nach überstandenem Typhus zeitweise oder dauernde Besserung ihrer Psychose. Auch in dem III. Berichte der Irren-Heil- und Pflegeanstalt Pfullingen wird ein Fall von Manie erwähnt, welche nach überstandenem Typhus vollkommen verschwand.

Im Band XXI, pag. 38—39 spricht *Nasse* von Heilungen und Besserungen der Psychosen nach Intermittens und giebt dafür folgende Erklärung. Durch die in Folge der fieberhaften Krankheit quantitative und qualitative Aenderung der Blutzufuhr zum Gehirn kann letzteres, so lange es noch nicht wesentlich verändert ist, ad integrum restituirt werden; ein krankes Gehirn jedoch, das schon erhebliche Veränderung erfahren hat, vermag durch eine vorübergehende Belebung durch den Reiz vermehrter, beschleunigter und neuer Blutzufuhr zu frischerer normalerer Thätigkeit angereizt zu werden. Dagegen erfahren Kranke mit stark veränderten Gehirnen keine Besserung. Er führt unter 76 Geisteskranken, die innerhalb von $9^1/_2$ Jahren an Intermittens erkrankten, 2 vollständige Heilungen, 3 dauernde, 14 vorübergehende Besserungen, 7 nur während der

Anfälle Besserung zeigende Fälle an; ausserdem 39 nicht beeinflusste, 3, die sich verschlimmerten, und 8 von Geisteskrankheiten Genesende, bei welchen durch Intermittens die Heilung nicht gestört wurde.

Von allen denen, die noch über diesen Gegenstand etwas veröffentlicht haben, sei noch ***Berthier*** erwähnt, der seine Beobachtungen in folgende 5 Sätze zusammengefasst hat:

1) Die Eruptionsfieber sind nicht ohne Einfluss auf den Gang der Geistesstörungen.

2) Die parenchymatösen Entzündungen wirken oft kritisch auf den Verlauf der Manie.

3) Grosse Verbrennungen hatten bei 3 Frauen gleichfalls einen günstigen Ausgang zur Folge.

Dysenterie blieb ohne Einfluss.

4) Die Entwickelung der Tuberkeln bringt oft Beruhigung und Aufhellung der Geistesfunctionen mit sich.

5) Bei 2 Fällen von Erysipelas hatte der eine dauernde Heilung nach sich gezogen.

Zuletzt sei noch auf die im XX. Bande des Archivs für Psychiatrie von Dr. ***Schütze*** in Osnabrück veröffentlichte Beobachtung von kritischer Genesung von einer Manie in Folge von Rachendiphtherie hingewiesen.

Wenn nun auch nicht alle so glücklich in den Resultaten gewesen sind, wie ***Nasse,*** und daher auch nicht so überzeugt von der günstigen Beeinflussung der Psychosen durch fieberhafte Leiden sind, so haben sie doch alle, wie aus dem Vorhergeschriebenen hervorgeht, mehr oder weniger viele Besserungen, ja Heilungen beobachtet. Von den Erklärungen für die Genesungen möchte ich mich derjenigen anschliessen, welche ***Nasse*** für Intermittens gegeben hat, und zwar auch für alle anderen Krankheiten, welche mit Fieber verbunden sind, dass nämlich durch die mit dem Fieber einhergehende Aenderung der Blutzufuhr das Gehirn je nach dem Grade seiner Veränderung zu normaler Thätigkeit zurückgeführt wird.

Von den fieberhaften Krankheiten sind angeführt vor allem der Typhus, der bei einigen einen geradezu staunenswerthen günstigen Einfluss gehabt hat, dann Intermittens, Variola, Erysipelas, Pneumonie, Diphtherie; einen Fall mit einer exsudativen

Pleuritis mit heftigem Fieber habe ich in der Literatur nicht gefunden.

Im Sommer 1888 wurde ein solcher mit eclatant günstigem Einfluss auf die Psychose in hiesiger Anstalt beobachtet. Interessant ist ferner bei dem zu erwähnenden Falle, dass die Entstehung der Geistesstörung auch auf ein fieberhaftes Leiden, den Typhus, zurückzuführen ist.

Patientin, eine 32jährige Frau von schwächlicher Constitution, wurde in mangelhafter Ernährung und äusserst anämisch Mitte Juni 1888 in die Anstalt gebracht. Von ihrer Vorgeschichte ist zu erwähnen, dass in ihrer Familie nie Geisteskrankheiten, soweit bekannt, vorgekommen sind, und dass sie selbst niemals Neigung dazu gezeigt hat. In dem Physikatsgutachten heisst es: „Ihre Geisteskrankheit ist entstanden im Anschluss an ein vor 10 Wochen überstandenes Wochenbett und einen demselben nach 4 Wochen folgenden Typhus abdominalis.“ Bis zum Eintritt des Typhus nährte sie ihr Kind selbst; die Krankheit verlief nicht aussergewöhnlich, bis in der 3. Woche bei hohem Fieber die Kranke äusserst aufgeregt wurde. Mit dem Nachlassen des Fiebers und Abnahme der übrigen Krankheitssymptome wurde Patientin etwas ruhiger, fing jedoch an, ihre Angehörigen zu verdächtigen und Verfolgungsideen zu äussern; weshalb sie auf Wunsch des Mannes in ein Krankenhaus gebracht wurde; jedoch musste die Kranke schon am folgenden Tage wegen Tobsuchtsanfällen zurückgeschafft werden. Im Hause schrie und tobte sie unablässig, hatte Gesichts- und Gehörshallucinationen, war gewaltthätig und zerstörungssüchtig, ängstlich und unruhig, dabei äusserst ideenflüchtig.

In diesem Zustande kam sie am 20. Juni in die hiesige Anstalt; hier zeigte sie immer einen heiteren Gesichtsausdruck, motorische Unruhe und schwatzte fortwährend unsinniges Zeug. Auf Fragen antwortete sie zwar leidlich gut, schweifte aber bald von dem Thema ab und sprach in thörichter Weise über alles Mögliche durcheinander. Gegen die anderen Kranken betrug sie sich abweisend, drängte sie zur Thür hinaus und schien überhaupt durch die Gegenwart anderer belästigt zu werden; Nachts war sie unruhig und schmutzig.

Sie bekam gegen die bestehende Diarrhoe Opium, welches einzunehmen sie jedoch häufig verweigerte, weil sie behauptete, man wolle sie vergiften. Nach der fröhlichen Stimmung trat auch einmal ohne Uebergang eine traurige auf, welche jedoch bald jäh abbrach.

Am 23. Juni wurde Patientin so aufgeregt und von heftiger Unruhe geplagt, dass sie isolirt werden musste; motorisch wie psychisch sehr unruhig war sie auch einige Zeit schmutzig; sie liess Stuhl und Urin unter sich; nach einigen Tagen trat wiederum eine deprimirte Stimmung auf, in welcher sie auf Fragen gar nicht reagirte und verständnisslos in's Weite

starrte. So wechselte die Stimmung der Patientin, doch überwog die heitere, maniakalisch erregte die gedrückte Stimmung bei weitem. Am 12. Juli klagte Patientin über heftige Schmerzen in der Seite und im Rücken, ferner über Verstopfung; — nach Calomel erfolgte reichlicher, dickbreiiger Stuhl. — Bei heftiger Erregung bestand grosse Appetitlosigkeit und Abgeschlagenheit. Der Puls war schwach und klein, machte 100 Schläge in der Minute. Die physikalische Untersuchung ergab nur geringe Schalldifferenz an den unteren Partien des Thorax beiderseits. Die Temperatur war Mittags 39,4° C., Abends 38,8° C.

Am folgenden Morgen betrug die Temperatur 41,0° C. Links hinten unten war ungefähr in Handbreite Dämpfung nachzuweisen; rechts hinten unten ebenfalls abgeschwächter Percussionsschall; im Bereiche der Dämpfung war bronchiales Athmen zu hören, während beiderseits pleuritisches Reiben zu vernehmen war. Die Therapie bestand in hydropathischen Umschlägen und in der Darreichung von Digitalisinfus.

Am 14. Juli gesellte sich zu der zunehmenden Dämpfung beiderseits icterische Verfärbung der Schleimhäute und der Haut; ausserdem bestanden heftige Schmerzen im rechten Hypochondrium und im Thorax, wogegen Pulvis Doweri mit Erfolg gegeben wurde. Es trat heftiger Schweiss und reichliche Diurese auf. Die morgendliche Temperatur war 38,0° C. Der Puls war kräftiger und voller geworden, jedoch noch mässig frequent. Gegen Abend trat ein heftiger Schüttelfrost ein, wonach der Thermometer auf 40,5° C. stieg und heftige Delirien bei vollständiger Benommenheit auftraten. Am 15. Juli war rechterseits die Dämpfung geringer geworden, während auf der linken Seite die Dämpfung bis zum Scapularwinkel reichte; daselbst wurde gar kein Athmungsgeräusch gehört; rechts dagegen neben Schaben und Reiben abgeschwächtes Athmen. Die icterische Verfärbung der Haut hatte abgenommen; der Stuhl war thonfarben. Die Patientin war nicht mehr benommen und hatte Morgens eine Temperatur von 37,4° C., Abends 38,1° C.; sie klagte noch über grosse Schmerzen an den besagten Stellen.

In den folgenden Tagen nahmen alle Krankheitserscheinungen nach und nach ab; der Puls wurde kräftig, voll und langsam; der Icterus verschwand; der Harn war icterisch; der Stuhl nun nicht mehr thonfarben.

Psychisch trat eine wesentliche Besserung ein; Patientin war klar; sie lag ruhig und still im Bett. Am 24. Juli trat noch einmal unter heftigen Schmerzen in der Lebergegend icterische Verfärbung des ganzen Körpers ein, welche jedoch nach einigen Tagen verschwand. Ende Juli verliess Patientin das Bett und besserte sich zusehends.

In psychischer Beziehung war gleichfalls eine mächtige Aenderung mit ihr vorgegangen; wenn sie auch im Anfange über ihren Aufenthaltsort und über die Zeit im Unklaren war, so trat doch bald völlige Klarheit ein; sie nahm bald lebhaftes Interesse an ihrer Umgebung, beschäftigte sich fleissig, war ruhig und ordentlich, zeigte einen beneidenswerthen

Appetit, schlief gut und hatte vollkommene Krankheitseinsicht. Ihr körperliches Befinden wurde zusehends besser; sie nahm an Gewicht bedeutend zu.

Nach einer mehrwöchentlichen Probezeit, in welcher sie sich stets als völlig normal erwies, wurde sie am 7. October körperlich wie geistig vollkommen genesen aus der Anstalt entlassen und ist nach eingegangener Mittheilung bis jetzt gesund geblieben.

Es ist dies eine Psychose, welche unmittelbar aus einer fieberhaften Erkrankung hervorgegangen ist und in der mangelhaften Blutzufuhr zum Gehirn, welche aus der in der Folge des somatischen Leidens entstandenen Anämie des ganzen Körpers hervorging, ihre Ursache fand. Nach Beseitigung der einige Wochen nach Beginn der Geistesstörung, einer heftigen Manie, aufgetretenen, mit hohem Fieber einherlaufenden körperlichen Krankheit, Pleuritis exsudativa, trat ein so kritisches Aufhören der Geistesgestörtheit ein, dass man mit Bestimmtheit nur dem somatischen Leiden den günstigen Einfluss auf die Psychose zuschreiben kann. Da nun auch nach der überstandenen Pleuritis die Anämie verschwand und sich der ganze körperliche Zustand wesentlich besserte, so ist bei beiden, sowohl der körperlichen, wie geistigen Genesung die durch die fieberhafte Krankheit bedingte energischere Blutzufuhr zu den verschiedenen Organen als die directe Ursache anzunehmen.

Ueber die practische Bedeutung der Syphilis-Paralysefrage[1]).

Von

Docent Dr. Thomsen,
dirig. Arzt der Dr. *Herz*'schen Privat-Heil- u. Pflegeanstalt in Bonn.

Seit Jahren bildet die Frage des ätiologischen Zusammenhanges zwischen Syphilis und Paralyse eine wissenschaftliche Controverse, welche die Irren- und Nervenärzte in zwei Lager gespalten hat, die Anfangs sich feindlich gegenüber stehend, später allmälig mehr und mehr mit einander fraternisirt haben. Es kann mit ziemlicher Wahrheit heute behauptet werden, dass einerseits es wenig Fachleute giebt, welche den ätiologischen Zusammenhang ohne Weiteres leugnen, während andererseits die Zahl derer abnimmt, welche in der Syphilis die einzige oder gauz hauptsächlichste Ursache der Paralyse sehen.

Die Frage ist sowohl im literarischen wie persönlichen Verkehr an den verschiedensten Orten so eingehend ventilirt worden, dass es mir fern liegen muss, lediglich nach der bisher geübten Methode, den Procentsatz der syphilitisch Gewesenen unter einer grösseren oder geringeren Anzahl von Paralytikern festzustellen, ein kleines neues Material in gleicher Weise zu verwerthen — es hätte das gar keinen Zweck! Worauf es mir ankommt, ist, die Frage unter gewissen speciellen klinischen Gesichtspunkten noch einmal zu erwägen, dann aber ganz besonders Ihre Meinung unter Grundlegung der Erfahrungen, die wohl Jeder von Ihnen im Laufe der letzten Jahre systematisch gemacht hat, zu extrahiren

[1]) Vortrag, gehalten in der Sitzung des psych. Vereines der Rheinprovinz am 9. Nov. 1889.

darüber: „Welche practischen Folgen resp. welchen practischen Nutzen hat die Discussion der Zusammenhangsfrage bis jetzt gehabt für die irrenärztliche Auffassung der Paralyse, ganz besonders aber für ihre Behandlung?“

Hierauf kommt es mir wesentlich an, und wenn ich mir erlaube, vorher einige klinische Daten resp. statistische Erhebungen Ihnen mitzutheilen, so thue ich das in der Absicht, hinzuweisen darauf, dass sich das Beobachtungsmaterial je nach seiner Provenienz ziemlich verschieden verhalten kann, und dass sich diese Verschiedenheit in gewissen klinischen Zügen sehr deutlich aussprechen kann. Meine Erfahrungen beziehen sich in der vorliegenden Frage einerseits auf ca. 400 Paralytiker aus den unteren Bevölkerungsschichten Berlins, andererseits auf allerdings nur 26 Paralytiker aus den höheren Ständen — die Zahlen sind freilich sehr verschieden, doch wird sich der Werth einer Gegenüberstellung gleich ergeben.

Zunächst sei ein allgemeiner Gesichtspunkt erwähnt.

Es ist ganz besonders in der Syphilisfrage die Paralyse mit der Tabes dorsalis von vielen Autoren ohne Weiteres auf eine Linie gestellt worden, wie denn ja überhaupt die Anschauung verbreitet ist, dass beide Krankheiten eine gemeinsame Erkrankung darstellen, in der bald mehr das Gehirn, bald mehr das Rückenmark vorzugsweise oder zuerst ergriffen wird.

Dieser Auffassung stehen schon an und für sich mancherlei Bedenken gegenüber, besonders lebhaft aber erscheinen diese Bedenken in der vorliegenden Frage, wenn die für die Tabes gewonnenen ätiologischen resp. prognostischen Gesichtspunkte ohne Weiteres auf die Paralyse übertragen werden.

Gewiss ist die Paralyse gelegentlich ein Terminalprocess der Tabes, aber diese Fälle sind verhältnissmässig selten — gewiss ist ferner, dass ein Antheil der Paralysen anatomisch eine dem anatomischen Substrat der Tabes analoge oder doch sehr verwandte Veränderung der Hinterstränge aufweist. Aber einerseits sind die klinischen Symptome der Hinterstrangsparalysen doch von denen der Tabes ziemlich verschieden, andererseits ist es wieder doch nur ein gewisser Antheil (ein Drittel, höchstens die Hälfte) aller Paralysen, welche die Symptome oder den Befund einer Hinterstrangsaffection darbieten.

Der andere Theil, mindestens also die Hälfte, zeigt vielmehr

die Symptome oder den Befund einer Seitenstrangserkrankung eventuell mit gleichzeitiger Betheiligung der Hinterstränge resp. keine unzweideutigen Symptome einer Rückenmarkserkrankung. Da aber dieser Antheil so gross ist, so erscheint es von vornherein verfehlt, die Paralyse mit der Tabes schlechtweg zu identificiren, und es ist nicht gerechtfertigt, wenn es als festgestellt gelten mag, dass die Syphilis das hauptsächlichste ätiologische Moment der Tabes dorsalis ist, daraus den weiteren Schluss zu ziehen, dass nun ebenfalls die Paralyse auf Syphilis unbedingt beruhen müsse. Von vornherein scheint es mir vielmehr nöthig und practisch, die Fälle von Paralyse mit Seitenstrangssymptomen — die ja klinisch mit der Tabes garnichts gemein haben — und die Fälle von Paralyse mit Hinterstrangssymptomen in zwei scharf getrennte Gruppen zu sondern und an jede Gruppe einzeln mit der Syphilisfrage heranzutreten — eine Forderung, die an der Hand eines grösseren Materials leider noch nicht erfüllt ist.

Den oft gemachten Einwand, dass die antisyphilitische Cur bei der Paralyse einen Erfolg selten zu verzeichnen hat, während die zweifellos syphilitischen Lokalerkrankungen des Gehirnes in der Regel prompt darauf reagiren, sowie ferner den Einwand, dass der anatomische Befund der Paralyse ein anderer ist, wie bei den specifisch syphilitischen Gehirnleiden, registrire ich nur, ohne ihnen bindende Kraft beizumessen: diffus syphilitische Cerebralaffectionen verhalten sich oft ebenso refractär gegen specifische Curen, wie die Paralyse, und über die Schwierigkeiten der anatomischen Differenz vermag neben anderen Möglichkeiten die Theorie *Strümpell's*[1]), dass die Paralyse eine postsyphilitische Erkrankung sei, analog der Bleilähmung oder der postdiphtheritischen Ataxie, wenigstens in Etwas hinwegzuhelfen, wenn es sich dabei auch eben nur um eine Theorie handelt.

Wichtiger ist, wie gesagt, dass die Paralyse sich mit Bezug auf die Rückenmarksbetheiligung in zwei Gruppen theilt, deren gegenseitiges Zahlenverhältniss je nach Art des Materials ein differentes ist, und deren Beziehungen zur Syphilis durchaus keine parallelen zu sein scheinen.

Von 416 Paralytikern aus der unteren Bevölkerung Berlins hatten

[1]) *Mendel's* Centralblatt No. 19, p. 549. 1889.

232 = 155 pCt. gute Kniephänomene,
76 = 18 pCt. keine oder schwache,
108 = 126 pCt. gesteigerte Kniephänomene mit oder ohne Fussclonus.

Damit stehen die von *Siemerling*[1]) an einem analogen Frauenmaterial gefundenen Zahlen (35 pCt., 31 pCt., 34 pCt.) in einer ziemlichen Uebereinstimmung.

Daraus ergiebt sich also, dass doch höchstens ein Fünftel aller Kranken aus diesen Ständen nachweisbar an Hinterstrangserkrankung litt, ein Drittel (resp. Viertel) hatte vielmehr wahrscheinlich eine Seitenstrangsaffection, bei dem Rest waren die Erscheinungen von Seiten des Rückenmarkes nicht manifest und dürfte ein grösserer Antheil davon eher später eine Seitenstrangsaffection erwerben, da nach meinen Erfahrungen wenigstens das Erlöschen der Kniephänomene in den späteren Stadien der Krankheit höchst selten ist.

Eine rein statistische Erhebung mit Bezug auf die Syphilisfrage an der gleichen Anzahl von Paralytikern (leider nicht vorgenommen mit Rücksicht auf jede Gruppe einzeln) ergab als Hauptresultat, dass überhaupt nur bei 104 = 25 pCt. sicheres Material zur Beantwortung der Frage nach der eventuellen Aetiologie zu erhalten war — Dreiviertel (75 pCt.) mussten überall ausser Ansatz bleiben, da trotz zielbewusster Forschung eben absolut nicht zu eruiren war, ob der Pat. jemals syphilitisch gewesen war oder nicht. Von diesen 104 Paralytikern hatten 51 sicher Lues, 53 höchstwahrscheinlich keine Lues, es ergiebt sich daraus also ein Procentsatz von 50 pCt., während *Siemerling* nur 11 pCt. fand.

Ich halte diese Zahlen für unseren Zweck für ganz werthlos und ziehe daraus den einzigen Schluss, dass ein solches Krankenmaterial, wie es mir in der Charité zu Gebote stand, für die statistische Beantwortung dieser Frage ganz ungeeignet ist, denn wenn 75 pCt. aller Kranken wegen ungenügender Unterlagen ganz ausser Berechnung bleiben müssen, so ist das Ergebniss der restirenden 25 pCt. doch keineswegs auf die erwähnten 75 pCt. ohne Weiteres auszudehnen — es ist eben garnicht abzusehen, in welcher Weise dieser enorme Rest, wenn eine genauere Anamnese bezw. früherer

[1]) Charité-Annalen. XIII. Jahrgang. 1888.

Syphilis vorhanden gewesen wäre, das an dem anderen kleinen Antheil gewonnene Resultat verändern würde.

Gerade hier lässt das Operiren mit grossen Zahlen völlig im Stich, das Resultat ist ein ganz unsicheres gegenüber demjenigen von Erhebungen, die zwar weit weniger Kranke umfassen, dafür aber alle oder fast alle rechnerisch verwerthen können.

Halten wir nun gegen das Ergebniss dieser relativ grossen Zahlen aus der Charité das Resultat, welches sich bei einer viel geringeren, dafür aber dem behandelnden Arzte genau bekannten Anzahl von paralytischen Privatkranken ergeben hat, so ist dasselbe ein ziemlich anderes. Die Gesammtzahl der in den Jahren 1886 bis 1889 aufgenommenen und behandelten Paralytiker betrug 26, von denen nur 2 wegen ungenügender Journalführung ausser Berechnung bleiben mussten.

Von diesen 24 Paralytikern zeigten

tabische Symptome . . . . . 16 = 66 pCt.,
Seitenstrangssymptome . . . . . 6 = 25 pCt.,
keine Rückenmarkssymptome . . . . . 2 = 9 pCt.

Lues hatten sicher . . . . . 15 = 62 pCt.,
- - wahrscheinlich nicht . . . . 3 } = 38 pCt.
- - ganz zweifelhaft . . . . . 6 }

Es hatten sicher Lues

von den Hinterstrangsparalytikern . . . . . 11 = 70 pCt.,
- - Seitenstrangsparalytikern . . . . . 3 = 50 pCt.,
- - Kranken ohne Rückenmarkssymptome 1 = 50 pCt.

Von den sicher Syphilitischen waren

Hinterstrangsparalytiker 11 = 70 pCt.,
Seitenstrangsparalytiker 3 = 20 pCt.

Das Durchschnittsalter bei Beginn der Paralyse war

bei den Hinterstrangsparalytikern 41 Jahre,
- - Seitenstrangsparalytikern 30 -

Die Paralyse kam zum Ausbruch nach der syphilitischen Infection (durchschnittlich)

bei den Hinterstrangsparalytikern 14 Jahre,
- - Seitenstrangsparalytikern 7 -

Daraus ziehe ich folgende Schlüsse:

1) dass von den gebildeten paralytischen Kranken überhaupt 62 pCt. sicher syphilitische Antecedentien hatten,

2) dass unter den gebildeten Kranken gegenüber den Charité-Kranken sich weit mehr Hinterstrangsparalysen befinden (66 pCt.: 18 pCt.), während das Verhältniss der Seitenstrangsparalysen das Gleiche ist (25 pCt. : 26 pCt.),

3) dass von den sicher Syphilitischen der grösste Theil (70 pCt.) an Hinterstrangsparalyse litt, und dass von den Hinterstrangsparalysen der grösste Theil syphilitisch (70 pCt.) gewesen war.

4) dass dem gegenüber die Betheiligung der Seitenstrangsparalysen an der Syphilis gering (20 pCt.) ist.

5) Dass die durchschnittliche Incubationszeit zwischen Infection und Paralyse bei der Hinterstrangsparalyse eine doppelt so lange ist wie bei der Seitenstrangsparalyse (14 : 7 Jahren) und

6) dass ebenso das Lebensalter der Hinterstrangsparalytiker bei Ausbruch der Krankheit ein höheres ist, als bei den Seitenstrangparalysen (40 : 30 Jahren).

Es besteht also grade mit Bezug auf die Syphilisfrage anscheinend ein ziemlich erheblicher Unterschied zwischen Seitenstrangs- und Hinterstrangsparalysen, und dieser Unterschied sollte nicht einfach vernachlässigt, sondern an jeder Gruppe einzeln studirt werden.

Es ist daher der erste Satz, den ich aufstellen möchte, dass die Frage so allgemein gefasst, wie bei der Tabes-Syphilisfrage, noch keineswegs als erledigt angesehen werden kann.

Immerhin aber bleibt der Eindruck bestehen, dass ein solcher Zusammenhang im erheblichen Maasse und zwar ganz besonders für die Hinterstrangsparalytiker besteht, und ich komme nun zu der practischen Seite der Frage, „wenn ein ätiologischer Zusammenhang zwischen Syphilis und Paralyse mehr oder weniger unbestreitbar ist, dürfen wir daraus den therapeutischen Schluss ziehen, dass in allen Fällen von Paralyse, wo nachweisbar Syphilis vorangegangen war, eine specifische antisyphilitische Cur indicirt ist?“

Fragen wir zunächst:

1) was nützt die Cur,

2) was schadet sie?

Was den effectiven Nutzen der antisyphilitischen Behandlung anlangt, so dürften Sie Alle mit mir darin einig sein, dass in einem zweifellosen Falle von Paralyse, wo sowohl die charakteristischen psychischen, wie die ebenso charakteristischen somatischen

Symptome vorhanden waren, eine Heilung bislang nicht erzielt ist.

Wohl finden sich Andeutungen der Autoren, dass dem so sei, wie es ja auch Heilungen ohne specifische Therapie ganz vereinzelt einmal giebt — aber es sind entweder einfache Behauptungen, denen eine genügend lange Beobachtung nicht zu Grunde lag, oder aber die Krankheitsgeschichte ist eine derartige, dass sie als stricte beweisend für die Richtigkeit der Diagnose der Paralyse nicht angesehen werden kann. Dass es aber Gehirnerkrankungen giebt, die in vielen Zügen der Paralyse ganz ausserordentlich ähneln, ganz speciell auch auf syphilitischer Basis, das ist ja bekannt genug.

Was nun die Besserungen anlangt, so kann ich nur sagen, dass fast jede verständige Behandlung, sofern sie den Kranken an ein geordnetes, ruhiges Leben, fern von den Schädlichkeiten des Berufes, der Familie etc. bindet, ihre heilsame Wirkung zu üben und eine Remission der Krankheit herbeizuführen vermag. Der Verlauf der Paralyse ist ja ein so schwankender sowohl in stürmischen, wie in einfach dementen Formen, dass ich nicht die Ueberzeugung habe gewinnen können, es seien die gelegentlichen Remissionen nach einer Aachener Cur oder nach einer Quecksilbercur in eigener Behandlung wirklich dieser Therapie zu verdanken gewesen, zumal die Besserung meist sehr langsam (also ganz anders wie bei den lokalen Gehirnprocessen) einzutreten pflegt.

Wo die Paralyse für mich vor Beginn der Cur diagnostisch feststand, da habe ich stets die Krankheit später wieder ausbrechen und den gewöhnlichen Verlauf nehmen sehen, derselbe war auch nicht milder oder langsamer als sonst. Ausserdem hatte sich ein grösserer Theil unserer Paralytiker vor der Aufnahme einer oder mehreren Schmiercuren unterworfen — ohne Erfolg. Da aber die Paralyse nach allgemeiner Ansicht doch eine durchweg unheilbare und einer anderen Therapie ebensowenig zugängliche Krankheit ist, so erscheint ja a priori eine antisyphilitische Cur ganz gerechtfertigt — hier erhebt sich aber die Frage, die ich zur Discussion stellen möchte: „was schadet die Cur?“

Auch hier handelt es sich leider um einen vorwiegend subjectiven Eindruck, denn es ist ja nicht zu sagen, ob eine Verschlimmerung während oder nach der Cur Folge derselben ist.

Immerhin sind aber manche Irrenärzte, unter ihnen *Fürstner* [1]), der dieser Frage ebenfalls seine Aufmerksamkeit zugewandt hat, der Ansicht, dass es öfter den Anschein hat, als ob Paralytiker unter dem Einfluss einer energischen Quecksilber- oder Jodkalitherapie entweder einen raschen Kräfteverfall zeigen oder aber in tobsüchtige Aufregung verfallen. Ich selbst bin der Ansicht, dass das zuweilen der Fall ist, und kann die Berechtigung der Auffassung, dass eine specifische Cur „höchstens nützen" könne, daher nicht anerkennen.

Aber es ist noch eine ganz andere Seite der Sache vorhanden, die mir ebenso wichtig erscheint, wie die eben berührte, das ist der Umstand, dass mit der Tabes-Syphilis- resp. Paralyse-Syphilisfrage und grade infolge ihrer unberechtigten Verquickung eine therapeutische Auffassung von dem Wesen der Paralyse Platz greifen möge, welche die schwersten Unterlassungssünden zur Folge haben kann.

Es liegt — bei der starken Betonung des causalen Zusammenhanges von Syphilis und Paralyse die Gefahr nahe, dass das vermuthete anatomische Substrat mit dem klinischen Krankheitsbilde verwechselt wird, was durchaus nicht gleichgültig ist. Es mag für einen Tabiker oder seine Familie practisch dasselbe sein, ob ihm sein Leiden als Tabes oder als Rückenmarkssyphilis bezeichnet wird — Paralyse und Gehirnsyphilis sind aber practisch keineswegs dasselbe. Denn es ist doch die Paralyse keine Gehirnkrankheit schlechthin wie der Gehirnkrebs oder die Gehirnentzündung, sondern sie ist vor Allem und von Anfang an eine Geisteskrankheit schwersten Charakters, die in der unberechenbarsten und schlimmsten Weise die vitalsten Interessen des Kranken und der Familie schädigen kann und schädigt, und es liegt eine grosse Gefahr darin, wenn sich in der ärztlichen Practikerwelt die Auffassung einnistet, dass die Paralyse eine diffus syphilitische Cerebralerkrankung sei, wie jedes andere Cerebralleiden, bei der die psychischen Symptome mehr eine secundäre oder Nebenrolle spielen. Wenn an die Stelle der „Gehirnerweichung", von der auch der Unkundige weiss, dass sie eine tödtliche Geisteskrankheit ist, die „Gehirnsyphilis" für den Laien tritt, so wird ihm der Begriff der geistigen Störung vorent-

[1]) *Mendel's* Centralblatt 1889, No. 19, pag. 548.

halten, es wird in ihm eine Illusion hervorgerufen, die momentan tröstlich, später die trübeste Enttäuschung erfährt, es werden eine Reihe sonst selbstverständlicher und nothwendiger Maassregeln entweder garnicht in's Auge gefasst, oder verschoben, bis es zu spät ist.

Ich will garnicht einmal davon reden, ob es für halbbemittelte Paralytiker von Vortheil ist, wenn durch langwierige Curversuche in Bädern und Nervenanstalten grosse Kosten verursacht, die Familie bald in Furcht versetzt, bald in Hoffnung erhalten wird — weit schlimmer ist, dass dabei oft genug der richtige Moment für die Verbringung in die geschlossene Anstalt, in die der Paralytiker später ja doch gehört, verpasst wird.

Wie mancher seit Monaten unzweifelhafte Syphilis-Paralytiker gelangt erst zur Anstalt, nachdem er vorher anderswo durch Excesse, Aufregungszustände etc. sowohl sich, wie den Ruf der Familie, oft genug auch die Ruhe seines vorherigen Aufenthaltsortes empfindlich geschädigt hat.

Je weniger aber die Familie darauf hingewiesen wird, dass es sich vor Allem doch um eine Geisteskrankheit, nicht um Syphilis handelt, desto mehr wird sie geneigt sein, ihren Kranken vorläufig nicht der Irrenanstalt anzuvertrauen, bis es dann eben anderswo „nicht mehr geht".

Und ich fürchte, die Verquickung von Syphilis und Paralyse führt selbst zu Selbsttäuschungen der Aerzte: ich kann es mir wenigstens nur so erklären, wenn z. B. einem syphilitischen Tabiker, der seit Monaten Zeichen von Paralyse darbot, von seinem Arzte ausdrücklich die Heirath gestattet wurde, weil derselbe die psychischen Zustände als beiläufige und vorübergehende ansah, nachdem sich vorher einzelne Symptome der Tabes unter antisyphilitischer Cur gebessert hatten. Und andrerseits kann ich es in wissenschaftlicher Beziehung für einen Fortschritt nicht halten, wenn z. B. in einem Atteste, das die progressive Paralyse eines Syphilitischen ganz richtig diagnosticirt, zum Schluss die Bemerkung hinzugefügt wird: „es dürfte sich um eine Erkrankung der Art. basilaris und ihrer Verzweigungen handeln." Ich glaube, Sie Alle sind mit mir darin einig, dass die Paralyse, syphilitisch oder nicht, keine Erkrankung der Art. basilaris, sondern eine Gehirnkrankheit, vor Allem eine Geisteskrankheit ist.

Und zum Schluss komme ich nun auf die Frage ob geschmiert

resp. antisyphilitisch behandelt werden soll, zurück und meine, mich dahin aussprechen zu sollen, dass eine solche Behandlung in Bädern und offenen Curanstalten gewiss gerechtfertigt und geboten ist, solange die Diagnose der Paralyse gegenüber einer anderartigen Gehirnkrankheit nicht feststeht, also überall da, wo vor allem die charakteristische Störung der Intelligenz und die Sprachstörung fehlt. Das werden aber besonders die Fälle sein, wo von Seiten des Rückenmarkes keine oder Symptome einer Seitenstrangserkrankung vorhanden sind, denn da, wo sich zu den Symptomen einer bestehenden oder beginnenden Tabes Erscheinungen Seitens des Gehirnes, speciell aber psychische Störungen resp. Abnahme der Intelligenz hinzugesellen, dürfte es sich ja in der Regel um Paralyse mit Hinterstrangsaffection, nicht um eine primäre Tabes mit einfacher Demenz handeln, wie das ja die tägliche irrenärztliche Erfahrung lehrt.

Ausgesprochene, unzweifelhafte, syphilitisch gewesene Paralytiker sollte man meines Erachtens nicht einer energischen specifischen Behandlung unterwerfen, zumal wenn das schon früher geschehen ist, doch gebe ich ohne Weiteres zu, dass man bei der herrschenden Auffassung und der Trostlosigkeit jeder andersartigen Therapie oft genug nicht umhin kann, es doch zu thun. Es darf dabei aber nicht vergessen werden, dass eben die Paralyse eine Geisteskrankheit ist, die rechtzeitig in die Irrenanstalt gehört, und dass die Therapie doch auch ihre gelegentlichen Gefahren für den Kranken hat.

Der practische Arzt aber sollte, meine ich, am besten Kranke, die zwar der Paralyse ihm sehr verdächtig, doch aber als solche von ihm noch nicht sicher erkannt sind, sobald sich eine Störung der Psyche resp. der Intelligenz bemerkbar macht, in die Irrenanstalt schicken — die Diagnose wird dort sicherer gestellt, die Familie wird rechtzeitig auf das Kommende vorbereitet und der Kranke vor den Unberechenbarkeiten des Leidens geschützt, die Dispositionsfreiheit wird wenn nöthig zu geeigneter Zeit beschränkt, und die Schmiercur kann, wenn sie indicirt oder gewünscht ist, dort wie ich meine mit demselben Erfolg ausgeführt werden, wie ausserhalb der Anstalt.

Zur Therapie der Chorea minor.

Von

Dr. F. Gerlach,
II. Arzt an der Herzgl. Heil- und Pflegeanstalt Königslutter.

Die Mittel und Heilmethoden, welche im Laufe der letzten Jahrzehnte gegen Chorea minor empfohlen sind, lassen sich in zwei Gruppen trennen. Die erste umfasst die empirisch wirkenden Mittel: Antipyrin und Arsen. Die Vertreter der zweiten Gruppe unterbrechen oder schwächen die Muskelunruhe in physiologisch erklärbarer Weise. Zwischen beiden Gruppen stehen die Aetherzerstäubungen längs der Wirbelsäule[1]), die Galvanisation[2]), Massage[3]), Regendouche[4]) und die nassen Einwicklungen[5]). Ob diesen Methoden ein selbstständiger Einfluss auf die Chorea minor zukommt, ist fraglich. In der Regel beschränkt sich ihre Anwendung auf die Unterstützung einer anderen Behandlungsweise.

Das Antipyrin wurde 1887 zuerst von *Wollner*[6]) und *Legroux*[7]) warm empfohlen. Die günstige Wirkung des Mittels ist durch eine Anzahl späterer Veröffentlichungen bestätigt. Das Lebensalter der Behandelten betrug bei zwei Mädchen 16 und $12^1/_2$, bei den übrigen Kranken $3^1/_2$—10 Jahre. Die Prognose der Chorea minor ist nun zwar in diesem Alter überhaupt günstig, doch scheint der Verlauf

---

[1]) *Bouteiler* 1884.
[2]) *Chapin* 1883.
[3]) *Goodhart* u. *Philipps* 1882. *van Bibber* 1884.
[4]) *Guzzoni* 1882.
[5]) *Savic* 1885.
[6]) Münch. medic. Wochenschrift 5. 1887.
[7]) Acad. de Médec. Paris. Sitzung vom 27. Dec. 1887.

der Krankheit, die in keinem Falle stationär wurde, oder tödtlich endete, durch Antipyrin entschieden abgekürzt zu werden. Vor dem Antipyrin waren in mehreren Fällen andere Mittel erfolglos angewendet worden.

Unter den zahlreichen Erkrankungen, gegen welche das Arsen empfohlen ist, befindet sich auch die Chorea minor. Wiederholt sind Fälle veröffentlicht, in denen es eine Chorea beseitigt hatte, die allen andern Mitteln nicht gewichen war. Auch neuerdings hat es wieder in *Soltmann*[1]), *Pomel*[2]) und *Frühwald*[3]) Vertreter gefunden. Das Arsen gehört in der Behandlung der Chorea jedenfalls zu den Mitteln, die am längsten und am meisten im Gebrauch sind. Unbedingt sicher wirkt es nicht.

Der Hauptmangel des Antipyrin und Arsen ist die rein empirische Wirkung. Es giebt keine Erklärung für den günstigen oder ausbleibenden Erfolg. Bei dem Streben nach einer rationellen Behandlung der Chorea können sie uns daher vorläufig nicht vorwärts helfen. —

Die zweite Gruppe umfasst in erster Linie die Hypnotica und Nervina. Der einfachste Weg, die Muskelunruhe zu unterbrechen, ist der Schlaf. Besonders in den schweren Fällen kann derselbe vollständig fehlen. Gelingt es dann, denselben in ausgiebigem Maasse herbeizuführen, so ist erfahrungsgemäss Aussicht auf Heilung vorhanden. Die Mittel, welche zu diesem Zweck empfohlen wurden, sind zu zahlreich, um eine eingehende Besprechung zu gestatten. Es gehören hierher Bromkalium, Morphium, Bromcampher[4]), Chloroform[5]), Hyoscyamin[6]), Tinct. veratr. virid. und Salicin[7]), Propylamin[8]), Jamaica dogwood[9]) etc. Auf leichtere Fälle haben Alle einen günstigen Einfluss. Bei schweren führen sie in der Regel weder Schlaf noch Verminderung der Unruhe herbei.

---

[1]) Breslauer ärztl. Ztsch. No. 8. 1880.

[2]) Bul. gén. de Thérap. 1880. Hft. 2.

[3]) Zeitschrift f. Kinderheilkunde. B. XXIV. Heft 1 u. 2. Subcut. Inject. v. Solut. Fowler.

[4]) *Larmande* 1880.

[5]) *Lachowitz* 1881.

[6]) *Richter* 1882.

[7]) *Abbot* 1882.

[8]) *Pürkhauer* 1876.

[9]) *Woodcox* 1884.

Eine besondere Erwähnung darf aber das Chloralhydrat beanspruchen. Es sind eine Anzahl schwerer Fälle beschrieben, in denen der Schlaf und die schliessliche Heilung entschieden dem Chloralhydrat zu verdanken sind. Die letzten derartigen Fälle veröffentlichte *Spender*[1]), der als Behandlung empfiehlt, durch das genannte Mittel „prolongirten" Schlaf zu erzwingen. Die angeführten Resultate würden allerdings sehr für diese Behandlung sprechen, wären nicht bei derselben vielfach recht hohe Gaben von Chloralhydrat erforderlich. Durch die oft nothwendigen Mengen sind dem Mittel in der Chorea-Behandlung Grenzen gesteckt. Gerade ein Theil der schweren Fälle ist mit Endocarditis complicirt, die keine unbeschränkte Anwendung des Chloralhydrats gestattet. —

Es giebt nun aber noch eine zweite Möglichkeit, die Muskelunruhe zu unterbrechen. Dieser Weg wurde von *Riess* mit Physostigmin[2]), von D. *Ventra* mit Curare[3]) eingeschlagen.

Das Physostigmin setzt die Erregbarkeit der Gehirn- und Rückenmarks-Ganglien herab. Bei den leichten und mittleren Fällen von Chorea min. wurde wesentliche Besserung und Abkürzung des Verlaufs, bei den habituellen nur Besserung, bei den ganz schweren, tödtlichen Formen garnichts erreicht.

Das Curare wirkt direct auf die Nervenendigungen in den Muskeln. D. *Ventra* hat drei schwere Fälle von Chorea mit diesem Mittel behandelt und sah jedesmal Heilung eintreten. Er erwähnt ferner in seiner Abhandlung die gleichen Resultate von *Benedikt*, *Day*, *Drumond* und *Fulton*. In der deutschen Medicin hat sich das Curare bisher überhaupt nicht recht eingebürgert. Ueber eine Wiederholung der letztgenannten Versuche war in der neueren Literatur nichts zu finden. —

Als Resultat ergiebt sich aus dem Vorstehenden, dass die Unterbrechung der Muskelunruhe den Kernpunkt bei der Chorea-Behandlung bildet, dass aber dies Ziel in doppelter Weise erreichbar ist: Entweder durch ausgiebigen Schlaf oder durch directe Einwirkung auf die motorischen Nerven resp. deren Centra. Es lag daher nahe, ein Mittel zu versuchen, welches nach den in

---

[1]) The Lancet. 20. Juli 1889.

[2]) Berl. Klinisch. Wochenschr. 1887. No. 22.

[3]) La Corea etc. Il Manikomio. Jahrgang I. Hft. 1 u. 2.

hiesiger Anstalt gesammelten Erfahrungen beide Wirkungen verbindet.

Ausgedehnte Versuche mit Paraldehyd, welche hier während der letzten Jahre bei aufgeregten Geisteskranken angestellt wurden, haben ergeben: Auf die betreffende Psychose ist das Mittel ohne nennenswerthen Einfluss. Wohl aber erzeugt es ziemlich sicher Schlaf und hat, ohne dass die Kranken benommen sind, einen unverkennbar günstigen Einfluss auf die motorische Unruhe. Es ist durchaus wahrscheinlich, dass dieser Einfluss auf das motorische Gebiet unabhängig von dem gleichzeitig erzeugten Schlafe zu Stande kommt. Nach den Versuchen von *Cervello*[1]) und *Bókai*[2]) steht es fest, dass Paraldehyd die Thätigkeit des Rückenmarks als Reflexcentrum in hohem Grade herabsetzt. Diese zweite Wirkung hat meines Wissens bisher in den klinischen Veröffentlichungen keine Erwähnung gefunden. —

Für die liebenswürdige Mittheilung der mit Paraldehyd erzielten Resultate und für die Ueberlassung der folgenden Krankheitsgeschichte fühle ich mich meinem verehrten Chef, Herrn Medizinalrath Dr. ***Hasse***, zu besonderem Danke verpflichtet. —

Fräulein N., 19¾ J. alt, wurde am 17. Juni 1889 in die Heil- und Pflegeanstalt zu Königslutter aufgenommen.

Nach dem schriftlichen Gutachten des Hausarztes stammt Pat. aus einer völlig gesunden Familie. Sie war nie ernstlich krank, aber von jeher körperlich und geistig sehr leicht erregbar. — Die Kranke entwickelte sich normal, doch gewann in ihrem Charakter mit den Jahren eine abnorme Reizbarkeit immer mehr die Oberhand. — Gelenkrheumatismus ist weder bei ihr, noch bei ihren Eltern beobachtet worden. Ein Herzfehler liess sich nicht nachweisen.

Ob dem Ausbruch der Chorea eine erhebliche Gemüthsbewegung voranging, erscheint zweifelhaft. Als Veranlassung wurde übereinstimmend von allen Seiten eine sehr anstrengende Fusstour (2. Juni) genannt. An diese schlossen sich eine erhebliche Steigerung der Reizbarkeit und die ersten Bewegungsstörungen. Diese nahmen rasch zu. Pat. verletzte sich, Sprache und Schluckvermögen litten erheblich. Der Schlaf wurde unzureichend. Die Behandlung mit Kal. bromat., Morphium und kalten Abreibungen blieb ohne sichtbare Wirkung.

---

[1]) Paraldehyd als Antagonist des Strychnins. Arch. p. l. scienz. med. VII. 6. H.

[2]) *Klausenburg*, Ueber P. als Antidot des Strychnins. Orvosi Hetilap. 1885.

Bei der Aufnahme in die Anstalt ausgesprochene Chorea. Während die Kranke im Bette lag, flogen Kopf und Extremitäten fortwährend hin und her, die Finger waren in unaufhörlicher Bewegung, auch der ganze Körper gerieth nicht selten in wälzende Bewegungen. Die Arme waren entschieden stärker afficirt als die Beine. Gang höchst unsicher und schwankend. Beim Aufsetzen der Fusssohle auf den Boden wurden die Zehen, einer nach dem andern, krampfhaft flectirt und wieder gestreckt. Bei jedem Schritt erhob sich Pat. auf die Fussspitzen, machte anhaltende Drehbewegungen mit dem Oberkörper. — Beim Sprechen gerieth die gesammte Gesichtsmusculatur in lebhafte Bewegungen. Die Kranke stiess die einzelnen Worte mühsam und mit Pausen hervor. — Die Nahrung musste wegen der anhaltenden Bewegungen gereicht werden. Die Schlundmusculatur schien beim Schlucken normal zu functioniren, dagegen wurde die Nahrungsaufnahme durch anhaltende Zungenbewegungen sehr erschwert. Die Zunge wurde fortwährend im Munde umhergewälzt, wurde auch hervorgestreckt und wieder zurückgezogen. Diese Bewegungen fanden nicht nur beim Essen statt. Sie zeigten sich in derselben Stärke, sobald Pat. sprach oder auch nur den Mund öffnete. Eine Abschwächung durch Willenseinfluss erschien unmöglich. — Die Bewegungsstörungen bestanden in beiden Körperhälften ungefähr in gleicher Stärke. — Sensibilität, soweit nachweisbar, normal.

Während der ersten Nacht 6—7 Stunden Schlaf. Ein Nachlass der Bewegungsstörungen war am 18. Juni nicht zu bemerken. Von da an aber blieb Pat. völlig schlaflos. Die Unruhe steigerte sich erheblich: Der ganze Körper war in unaufhörlicher Bewegung. Pat. wurde unrein, sehr laut, wälzte sich anhaltend auf dem Fussboden umher, konnte nicht mehr stehen, hatte den Körper voll von Schrammen. Die Nahrungsaufnahme wurde ganz unzureichend. Die anhaltenden Zungenbewegungen liessen keinen Bissen mehr in den Schlund gelangen. Auch bei Milch und Bouillon mit Ei war der Erfolg kein wesentlich besserer. Rascher körperlicher Verfall. — Der Puls betrug am 21. Juni 92 pro Minute, klein.

Unter diesen Umständen wurde am 23. Juni ordinirt: Von heute an jeden Abend Paraldehyd 2,0, Cognac 6,0 in ½ Weinglas voll Wasser zu nehmen.

24. Juni. Die ganze Nacht hindurch bis 4 Uhr geschlafen. — Reinlich. — Heute Morgen vorübergehend stärker erregt, wollte nicht in ihr Bett, beruhigte sich aber später wieder. — Geniesst heute einen Theil der Nahrung allein. Der Kopf musste auf Bitten der Pat. hierbei fixirt werden.

25. Juni. Die ganze Nacht ohne Unterbrechung geschlafen. Liegt seit gestern Mittag ruhig im Bett. Reicht die Hand ohne erhebliche Bewegungsstörungen, doch steigern sich dieselben während der Unterhaltung sehr rasch. Pat. ist nicht im Stande, dieselben zu unterdrücken. — Isst völlig ausreichend und Alles allein. — Reinlich. Benutzt aus eigenem Antriebe das Closet.

26. Juni. Die ganze Nacht ohne Unterbrechung geschlafen. Beruhigt

sich sichtlich. Auch die Sprache wird deutlicher und natürlicher. — Geniesst Alles ohne Unterstützung.

27. Juni. Schlaf wie gestern. Liegt ruhig im Bett. Einzelne Bewegungsstörungen kommen immer noch vor, besonders mit dem Kopfe. Zunge wird ruhig hervorgesteckt. — Erklärt sich damit einverstanden, dass sie am Nachmittage an die Eltern schreiben solle (vgl. unten). — Kleidet sich fast ohne Hülfe an.

28.—30. Juni. Hat jede Nacht ruhig und ohne Unterbrechung geschlafen. Die Bewegungsstörungen sind mehr und mehr geschwunden. Intendirte Bewegungen werden zweckentsprechend, aber vielfach hastig und stossweise ausgeführt. Sprache wird fliessender. Besuchte gestern den Garten. Ruhte sich mehrmals aus. Kehrte nach einer halben Stunde auf eigenen Wunsch in das Zimmer zurück. Werde schwindelig.

1. Juli. Gestern auf eigenen Wunsch in eine Villa verlegt. Der nicht unerheblich ansteigende Weg beträgt etwa 450 Schritte. Diese Anstrengung war noch zu gross gewesen. Am Abend entschiedene Verschlechterung. Kann nicht ruhig sitzen. Wirft sich auf dem Sopha hin und her, steht auf, geht ziellos durch das Zimmer, wirft sich wieder auf das Sopha. Spricht in abgerissenen Worten. — In der Nacht (trotz des Parald.) schlaflos bis 2 Uhr. — Heute früh vermehrter Bewegungsdrang, der den Tag über noch zunimmt.

2. Juli. Bis 3 Uhr schlaflos. Die Bewegungsstörungen haben erheblich zugenommen. Sprache wieder ganz undeutlich. Schläft am Nachmittage kurze Zeit. Liegt gegen Abend mit geschlossenen Augen ruhig im Bette, bewegt aber fortwährend den Zeigefinger der rechten Hand (Beugung und Streckung). In Folge der Anrede wesentliche Verstärkung der Bewegungen, ergreifen rasch den ganzen Körper. Pat. wälzt sich wieder im Bette umher. Die Nahrung muss wegen hochgradiger Bewegungsstörungen am Abend wieder gereicht werden.

Ordin.: von heute an jeden Abend Paraldehyd 3,0.

3. Juli. Die ganze Nacht ungestörter Schlaf. — Wesentlich beruhigt. Geniesst sämmtliche Mahlzeiten allein. Benutzt Messer und Gabel. Verlässt am Nachmittage das Bett.

4. Juli. Schlaf wie gestern. Bewegungsstörungen auch heute noch vorhanden, aber relativ unbedeutend. Sprache immer noch abgerissen.

7. Juli. Hat die drei letzten Nächte auf Paraldehyd ohne Störung geschlafen. Die Bewegungsstörungen haben sich erheblich verringert. Pat. sitzt ruhig auf dem Stuhle, wird auch bei längerer Unterhaltung nicht beweglicher. Sie reicht sicher die Hand, doch besteht bei jeder Bewegung in der gesammten Musculatur eine gewisse Spannung. Die einzelnen Bewegungen erfolgen meistentheils noch ruckweise. Die Sprache ist klar, aber noch abgerissen. Geringe Verziehungen des Gesichtes begleiten jedes Wort.

Der eben geschilderte Rest der Krankheit schwand langsam, aber ohne

wesentliche Zwischenfälle. Die Nachtruhe blieb unverändert gut. Bis zum 13. Aug. erhielt Pat. tgl. Abends Paraldehyd 3,0. Vom 14.—24. Aug. wurde es langsam ausgesetzt, ohne dass sich wieder eine Andeutung von Bewegungsstörungen zeigte. Am 31. Aug. wurde Pat. geheilt entlassen. Sie hatte im Ganzen 163,5 g Paraldehyd erhalten. — Der Ernährungszustand hatte sich während der Behandlung wesentlich gehoben. Vorwiegend Milchdiät. Körpergewicht Juni 45,25; Juli 50,5; August 55,25 kg.

Neben der Muskelunruhe hatte nun aber noch eine ausgesprochene psychische Störung bestanden, gegen welche auch in diesem Falle das Paraldehyd anscheinend machtlos geblieben ist. Im Anfange trug diese Störung eine leicht maniakalische Färbung. Wahrscheinlich waren auch damals schon Sinnestäuschungen vorhanden. Als die Kranke Ende Juni zum ersten Male freier wurde, suchte sie ihr krankhaftes Benehmen und ihre Bewegungsstörungen in's Lächerliche zu ziehen. Einen Brief an die Eltern vom 27. Juni unterzeichnete sie „Niemals mehr Euer Zappelfritz". Die Stimmung war damals entschieden gehoben. In diesem Bilde trat aber sehr bald eine Aenderung ein. Bereits Anfang Juli wurde Pat. vollkommen von Beeinträchtigungsideen beherrscht. Sie hallucinirte sehr lebhaft, hörte, ihre Eltern seien todt, verhungert, blickte häufig während der Unterhaltung rasch zur Seite, entnahm wiederholt der Unterhaltung beleidigende Aeusserungen, die überhaupt nicht gefallen waren. Ferner fürchtete sie, dass sie hier vergiftet werden sollte, schmeckte mehrfach das Gift im Essen. Als Ursache der motorischen Störungen gab sie elektrische Ströme an, die von den Wänden aus auf sie wirkten. Sie legte bestimmten Personen aus der Umgebung diese Nachstellungen zur Last, meinte ferner, sie werde von der gesammten Umgebung verlacht und verspottet. Ueber Gesichts- und Geruchstäuschungen war mit Sicherheit nichts nachweisbar. — Während diese Aenderung im Krankheitsbilde eintrat, machte die frühere Euphorie einer gereizten und unzufriedenen Stimmung Platz. Die Kranke wurde misstrauisch, rücksichtslos gegen ältere freundliche Damen, beschwerte sich grundlos über die hiesigen Verhältnisse, über mangelhafte Theilnahme von Seiten ihrer Familie. Am 14. Juli Morgens trat vorübergehend — etwa 2 Stunden lang — Angst auf. Die Kranke wollte fort, oder, wenn sie nicht entlassen würde, sich das Leben nehmen. — Diese psychischen Symptome bestanden bis Ende Juli. Eine abnorme Reizbarkeit, welche als letzter Rest zurückblieb, verschwand gleichfalls noch vor der Entlassung vollständig. — Ob ein systematisirter Wahn zu Grunde lag, muss dahingestellt bleiben. Auch nach vorgeschrittener Genesung verweigerte Pat. eingehende Mittheilungen. Sie beschränkte sich im Wesentlichen auf eine Bestätigung des bereits Gesagten, fügte aber hinzu, was sie hallucinatorisch gehört, habe sie dann auch noch geträumt. Es wäre überhaupt entsetzlich gewesen, was sie Alles gehört und geträumt hätte. Sie möchte garnicht darüber sprechen. — Für die ersten Tage des hiesigen Aufenthaltes schien die Erinnerung vollkommen zu fehlen, für die Zeit vom 24. Juni an war sie anscheinend intact. —

Der günstige Einfluss des Paraldehyds ist in dem mitgetheilten Falle unbestreitbar. Sowohl im Beginne, als bei der neu eingetretenen Verschlimmerung folgten seiner Anwendung Schlaf und wesentliche Verminderung der Muskelunruhe sofort. Dieser vereinzelte Erfolg würde indessen kaum zur Empfehlung genügen, spräche nicht noch ein Punkt für fernere Versuche mit Paraldehyd. Wie bereits oben erwähnt, handelt es sich bei der Chorea minor besonders um die Therapie der schweren Fälle, die nicht selten mit Herzaffectionen complicirt sind. Mit Rücksicht auf diese Complication dürfte das Paraldehyd eine besondere Beachtung verdienen, weil es ohne jeden Einfluss auf die Herzthätigkeit ist. —

Der vorstehenden Krankengeschichte möchte ich noch einige Bemerkungen über die Veränderungen der Schrift bei Chorea minor hinzufügen. Da die Bewegungsstörungen fast ausnahmslos in den oberen Extremitäten stärker ausgesprochen sind als in den unteren, so lag der Versuch nahe, die Veränderung der Schriftzüge als Maassstab für die Beseitigung der Chorea zu benutzen. Die Briefe, welche während der Krankheit geschrieben wurden, zeigen im Aeusseren allerdings charakteristische Abweichungen von der Norm. Der erte ist vom 27. Juni datirt. Es bestanden damals noch äusserlich erkennbare motorische Störungen. In ihren gesunden

25. November 1888.

27. Juni 1889.

15. Juli 1889.

23. August 1889.

15. Septemer 1889.

Tagen (25. Nov. 1888) besass die Kranke zwar keine elegante, aber eine deutliche und gleichmässige Handschrift. Der Brief vom 27. Juni zeigt eine Anzahl überflüssiger Federzüge, Schriftpausen in einzelnen Buchstaben, wechselnden Abstand der einzelnen Worte und Buchstaben von einander. Diese Unregelmässigkeiten schwanden langsam. Nahm man aber die Schrift als ersten Maassstab bei der Beurtheilung des Heilverlaufes an, so war Frl. N. noch Reconvalescentin, während sie äusserlich bereits völlig gesund erschien. Mehrfach war bei vorgeschrittener Heilung die Schrift im Anfange der Briefe völlig normal, während schon auf der dritten Seite die Unsicherheit in der Federführung unverkennbar wurde. Seit Anfang September ist aber auch in der Schrift nichts Krankhaftes mehr nachweisbar.

Die Folie à deux.

Von

Dr. E. Kröner
in Charlottenburg.

Die nachfolgende Untersuchung stützt sich auf ein statistisches Material von insgesammt 146 Fällen, welche ich fast alle im Original nachgelesen habe. Während die früheren Bearbeiter ihre Schlüsse meistens nur auf die von ihnen bearbeiteten Fälle gründeten — woher es auch kommt, dass über verschiedene Punkte sich sehr widersprechende Angaben finden, — habe ich versucht, die ganze mir zugängliche Literatur zu verwerthen und hoffe deshalb, wenigstens soweit sich ein so schwieriges Thema statistisch bearbeiten lässt, zu zuverlässigeren Resultaten gekommen zu sein, als mancher Frühere.

Was die geschichtliche Entwicklung der Lehre von der Folie à deux betrifft, so lasse ich hier die ältere Litteratur ausser Acht. Eine Theorie haben zuerst französische Forscher aufgestellt, und hauptsächlich ihr Verdienst ist es, dass sich allmälig durch mancherlei Controversen hindurch eine feste Nomenclatur herausgebildet hat, die auch bei uns in Deutschland allgemein acceptirt ist. Wir können hauptsächlich zwei Ansichten unterscheiden, von denen die erste durch ***Legrand du Saulle, Geoffroy, Lasègue*** und ***Falret, Baillarger*** und schliesslich ***Marandon de Montyel*** vertreten wird, während auf der andern Seite ***Régis*** steht, zu welchem ***Ball*** eine Ergänzung liefert.

Legrand du Saulle[1]) betont auf's Schärfste, dass der primär Erkrankte den secundär Ergriffenen vollständig beherrscht, dass dieser nur das Echo des Ersteren ist, dass der Angesteckte immer an Intelligenz dem Ansteckenden nachsteht. „L'un est le persécuté actif, l'autre le persécuté passif.“ Bezüglich der Behandlung stellt *Legrand du Saulle* als oberste Regel auf, die Kranken zu isoliren, „et le premier fera toujours un pas vers l'incurabilité, alors que le second marchera résolument vers la guérison.“ Aehnlich spricht sich *Geoffroy*[2]) aus. Auch *Lasègue* und *Falret*[3]) bringen nichts wesentlich Neues bei.

Damit ist die Frage der psychischen Ansteckung zwar sehr scharf und knapp, aber leider nicht ganz richtig präcisirt. Denn es ist vor allem nicht richtig, dass das „élément passif“ nicht eigentlich als geisteskrank zu betrachten ist und dass es nach der Trennung rasch der Heilung entgegengeht. Auch die Behauptung, dass II immer an Intelligenz dem andern Theil nachstehen müsse, hat sich nicht als richtig erwiesen, und die genannten Autoren haben auch, wie *Régis* nachweist, öfters den Thatsachen ihrer Theorie zu Liebe Gewalt angethan. Den genannten Autoren gegenüber bietet *Baillarger* einen Fortschritt dar, indem er bei dem secundär erkrankten Individuum zwischen blosser Leichtgläubigkeit und wirklicher Geistesstörung unterscheidet[4]), eine Unterscheidung, die wirklich sehr wichtig ist. Dem gegenüber müssen wir die Ausführungen von *Marandon de Montyel*[5]) als weniger zutreffend bezeichnen. Er ist es, welcher den Unterschied zwischen Folie imposée und Folie communiquée präcisirt, welcher sich erstens nicht mit dem zwischen der Crédulité und dem Délire vrai von *Baillarger* deckt und zweitens auch nicht stricte aufrecht erhalten werden kann.

Wesentlich gegen *Legrand du Saulle* und *Lasègue-Falret*

[1]) *Legrand du Saulle*, le délire de persécution 1871. Gazette des hôpitaux 1872, No. 142.

[2]) *Geoffroy*, Gaz. des hôpitaux 1873, No. 32.

[3]) *Lasègue* et *Falret*, Gaz. des hôpitaux 1877, No. 45. Annales médico-psychologiques 1877, II. pag. 321.

[4]) *Baillarger*, Verhandl. der Société méd.-psych. 28. Juli 1873. Ann. méd. psych. 1874, I. Vgl. *Régis*, La folie à deux ou folie simultanée. Paris 1880. pag. 13.

[5]) *Marandon de Montyel*, Annales médico-psychol. 1881, I, pag. 28.

richtet sich *Régis* in seiner bedeutenden Monographie: La folie à deux ou la folie simultanée. Schon aus diesem Titel geht hervor, dass er die Folie à deux der übrigen Autoren nicht als solche anerkennen will: La folie à deux est constituée par un délire similaire, absolument identique, ou plutôt le même délire, s'observant à la fois chez deux sujets vivant dans un contact intime et prolongé. Mit anderen Worten: Die echte Folie à deux wird nicht von einem Individuum auf das andere übertragen, sondern sie entsteht gleichzeitig bei zwei Individuen, welche gemeinsam ihr Wahnsystem aufbauen, ohne dass man nachweisen kann, von wem die einzelnen Bausteine herrühren. Durch genaue Untersuchung weist er nach, dass einige Fälle, welche *Lasègue* und *Falret* als Folie communiquée aufführen, in Wahrheit der Kategorie der Folie simultanée zuzurechnen sind [1]).

Offenbar hatte nun aber *Régis* nicht das Recht, den ganz allgemeinen, nichts präjudicirenden Namen der Folie à deux blos für seine Folie simultanée in Anspruch zu nehmen, und derselbe hat sich denn auch nicht in diesem beschränkten Sinne einzubürgern vermocht. Die Terminologie, wie sie sich schliesslich bei den Franzosen und auch bei ausländischen Gelehrten festgesetzt hat, fixirt *Marandon de Montyel* folgendermaassen:

Folie à deux	Nur einer hallucinirt		Folie imposée.
	Beide halluciniren (hereditäre Belastung)	Hallucinationen und Wahnidee gleichzeitig unter dem Einfluss gleicher Ursachen.	Folie simultanée.
		Hallucinationen und Wahnidee unter dem Einfluss des ersten.	Folie communiquée.

Als Unterart der Folie simultanée wäre noch aufzuführen die bei den Franzosen als Folie gémellaire, bei den Engländern als Insanity of twins [2]) bezeichnete Krankheitsform, bei welcher es nicht einmal nothwendig ist, dass die beiden erkrankten Individuen im Rapport stehen, sondern die gemeinsame hereditäre Disposition ge-

[1]) *Lasègue-Falret*, Gaz. des hôp. 1877, No. 145, Fall I, gegen *Régis*, Serie II, Fall II u. a. m. Vgl. *Régis*, pag. 40 ff.

[2]) *Ball*, L'encéphale, 1884. *Mickle*, Journal of mental science, Oct. 1884. Ibid. 1885, pag. 67. *Savage*, ibid. Jan. 1883; 1884. *Euphrat*, Allg. Zeitsch. f. Psych. Bd. 44. *Schütz*, Charité-Annalen. 1887.

nügt, dass räumlich getrennte Zwillinge an ganz identischen Psychosen erkranken. Selbstverständlich kann auch dasselbe unter gegenseitiger Beeinflussung der Zwillingsgeschwister stattfinden, nur verdient dann die Krankheit nicht mehr den Namen des Zwillingsirreseins im strengen Sinn, sofern sie sich in nichts von der Folie simultanée unterscheidet.

Schliesslich haben wir noch solche Fälle zu erwähnen, in welchen eine psychische Infection nicht mit Sicherheit anzunehmen ist. Das zweite Individuum erkrankt gewöhnlich bei der Pflege des ersten in Folge der Anstrengung und der gemüthlichen Aufregung — ohne dass die beiden Psychosen identisch wären. In der Regel nimmt man an, dass der Affect hier ganz dieselbe Rolle spielt, wie ein Schreck über irgend ein Ereigniss, z. B. einen Eisenbahnzusammenstoss. Dass der Affect sich auf eine geisteskranke Person bezieht, wäre also ganz nebensächlich. Ich glaube nicht, dass das richtig ist. Die körperliche Anstrengung, die gemüthliche Aufregung ist, wenn es sich um die Pflege eines z. B. schwer an Typhus Leidenden handelt, wohl nicht geringer, die gemüthliche Depression des Pflegenden ist eher noch grösser, wenn die Krankheit tödtlich endigt, und trotzdem kommt es unendlich selten vor, dass deshalb jemand geisteskrank wird. Ich glaube demnach, dass nicht blos die Gemüthsbewegung an sich den Ausbruch der Psychose bei dem zweiten Individuum veranlasst, sondern dass ein direct schädigender Einfluss des Geisteskranken in Betracht kommt, dass also solche „unechte" Fälle doch principiell mit den anerkannten Beispielen von psychischer Infection gleichzustellen wären. Ueberdies giebt es Uebergangsstufen zwischen echten und unechten Formen, wo nämlich beide Psychosen nicht identisch, sondern nur in einzelnen Punkten gleich oder ähnlich sind. Die nähere Begründung der ausgesprochenen Ansicht werde ich später zu geben versuchen.

Prüfen wir nun einmal die Berechtigung der aufgestellten Unterscheidungen.

1. Unterschied zwischen Folie imposée und Folie communiquée.

Wie schon erwähnt, halten wir diesen Unterschied für keinen glücklichen. ***Marandon de Montyel*** stellt als Kennzeichen der F. i. auf, dass ihr die Hallucinationen fehlen. Wie aber, wenn der pri-

mär Erkrankte auch nicht hallucinirt, wie es z. B. bei der Melancholie sehr häufig der Fall ist? (Hier kommt in Betracht, dass die französischen Autoren fast nur Uebertragungen des Verfolgungswahns kennen.) Auch sind Fälle beschrieben, wo bei No. II die Hallucinationen fehlten, und dieses trotzdem als wirklich geisteskrank zu betrachten war[1]). Der Unterschied zwischen Folie imposée und communiquée ist überhaupt gar nicht auf dem Boden theoretischer Erwägungen, sondern aus practischen Rücksichten aufgestellt. Die älteren Autoren kannten blos solche Fälle, wo No. II, von seinem Genossen getrennt, rasch genas, und diese wird man geneigt sein, als blosse Folie imposée, nicht als echten Wahnsinn zu bezeichnen. Wir haben aber kein Recht, prognostische Gesichtspunkte geltend zu machen, wenn im klinischen Bilde sich kein Unterschied auffinden lässt. Insbesondere ist das Fehlen von Hallucinationen bei No. II nicht identisch mit einem raschen Ablauf der Psychose, ebenso wie das Vorhandensein von solchen recht gut mit einem günstigen Verlauf der Krankheit verträglich ist. Nur soviel ist richtig, dass bei der Paranoia persecutoria chronica die Krankheit tiefer Wurzel gefasst hat, wenn zugleich Hallucinationen vorhanden sind. Wenn die Anamnese in den mitgetheilten Krankengeschichten immer genau wäre, so würden wir wahrscheinlich immer sehen, dass die „Folie imposée" die Vorstufe zur Folie communiquée war, und zwar nicht blos bei der Uebertragung der Wahnidee eines Paranoikers. Ich verweise in dieser Beziehung auf den Fall von *Hofbauer*[2]).

Statt der Unterscheidung von ***Marandon de Montyel*** möchte ich den von ***Baillarger*** formulirten Unterschied von Crédulité und Délire vrai wieder betonen. Die secundär erkrankte Person ist nicht wirklich geisteskrank, sie hat sich blos den Gedankengang von No. I zu eigen gemacht, sie glaubt an die Richtigkeit der Wahnideen, vielleicht auch der Sinnestäuschungen ihres Genossen; sie mag auch nach der Trennung von ihm daran festhalten, diesen Glauben nie verlieren, und doch ist sie nicht geisteskrank. Solche Fälle kommen sicherlich unendlich häufig vor, sie kommen aber

---

[1]) *Brunet*, Ann. méd.-psych. 1875, II, Fall 4.

[2]) *Hofbauer*, Oesterreichische med. Wochenschrift 1846, No. 39.

nicht in unseren Irrenanstalten zur Beobachtung und sind deshalb weniger bekannt. Ein Beispiel von Crédulité giebt der zweite von mir mitgetheilte Fall.

2. Unterschied zwischen Folie communiquée und Folie simultanée.

Das Gemeinsame an allen Fällen von Folie communiquée im weiteren Sinne ist das, dass ein Individuum entschieden geisteskrank ist, und seine Psychose auf eine bis dahin gesunde Person überträgt. Dem gegenüber wird die Folie simultanée dadurch charakterisirt, dass man eine solche Uebertragung ausschliessen kann. Bei der ersten Unterart, welche fast durchgängig nur bei Zwillingen beobachtet wird, findet überhaupt keine gegenseitige Beeinflussung statt, während bei der Folie simultanée im engeren Sinne sich bei zwei bis dahin gesunden Individuen eine Geisteskrankheit in der Art entwickelt, dass beiden gleicher Antheil daran zukommt. Als Beispiel für die Folie gémellaire verweise ich auf *Baume*, Annales méd.-psych. 1863, ein Fall von Folie simultanée im engeren Sinne findet sich bei *Régis*, la folie à deux. Serie II, Fall 1, pag. 61.

Dass der Unterschied zwischen simultanem und mitgetheiltem Wahnsinn, so richtig er im Princip ist, doch nicht mit aller Strenge aufrecht erhalten werden kann, weist insbesondere *Jörger*[1]) nach, auf dessen Ausführungen ich hier verweise.

Nachdem wir die verschiedenen Formen der Folie à deux besprochen haben, wenden wir uns zur Aetiologie derselben. In erster Linie kommt hier, wie beim Zustandekommen der Psychosen überhaupt, die Heredität in Frage.

Der Einfluss dieses Factors ist sehr schwer statistisch festzustellen und die einzelnen Autoren schwanken in ihren Angaben nicht unerheblich. *Finkelnburg* hebt z. B. die geringe Rolle der hereditären Disposition hervor. Während er im allgemeinen bei 50 pCt. der Geisteskranken Erblichkeit annimmt, sind unter seinen zwölf psychisch Inficirten nur zwei erblich belastet. Im Gegensatz dazu betonen andere Autoren[2]) vor allem diesen Punkt und lassen die eigentliche Ansteckung ganz zurücktreten. Ein objectives Urtheil zu gewinnen ist aus verschiedenen Gründen nicht leicht.

---

[1]) *Jörger*, Das inducirte Irresein. Allg. Z. f. Psych. 45. Band.

[2]) So *Régis*, *Marandon de Montyel*, überhaupt französische Autoren.

Erstens ist bei einem Drittel der von mir (grösstentheils im Original) durchgesehenen Fälle über Erblichkeitsverhältnisse gar nichts angegeben. Zweitens fassen die verschiedenen Berichterstatter den Begriff der Heredität enger oder weiter. Drittens ist nirgends, wo von der Bedeutung derselben für die psychische Infection die Rede ist, zwischen den einzelnen Formen der letzteren unterschieden. Ich habe mich bemüht, in dieser Frage möglichst objectiv zu verfahren und folgende Grundsätze mir zur Richtschnur gemacht: 1) Ich habe den Begriff der Heredität in seinem weitesten Sinne genommen, also nicht blos wirkliche Psychosen, sondern auch neuropathische Constitutionen in der Ascendenz berücksichtigt. 2) Wenn die beiden Erkrankten Eltern und Kinder waren, so habe ich, falls nicht andere Umstände auf erbliche Belastung hinwiesen (z. B. Heredität bei den Eltern, Geisteskrankheiten bei anderen Familienangehörigen, eine frühere Psychose des Vaters oder der Mutter) eine solche bei den Kindern nicht angenommen. Ich dürfte dabei wohl manchem Widerspruch begegnen, glaube aber meinen Standpunkt rechtfertigen zu können. Wenn bei nicht Blutsverwandten (z. B. Ehegatten, oder sich ganze ferne Stehenden) der Procentsatz der erblich Belasteten kein höherer ist als der bei Eltern und Kindern nach dem angegebenen Modus gefundene, so dürfen wir den Begriff der Heredität wohl in dem angegebenen Sinne fassen. Nun finde ich bei den Fällen, wo die Psychose von einem Ehegatten auf den anderen übertragen wird, den secundär ergriffenen Theil hereditär belastet in zwei Fällen, nicht belastet in neun Fällen; nichts angegeben in zehn Fällen. Unter 21 Fällen von nicht oder weitläufig Verwandten ist angegeben: Heredität beim zweiten: einmal, keine Heredität achtmal, nichts angegeben zwölfmal. Zusammen: 42 Fälle von nicht Blutsverwandten. Darunter:

Heredität:	3 Fälle.
Keine Heredität:	17 Fälle.
Nichts angegeben:	22 Fälle.
Zusammen	42 Fälle.

Rechnen wir nun in den Fällen, wobei nichts Besonderes angegeben ist, die Hälfte der Individuen für hereditär belastet — wahrscheinlich dürfte aber dieser Procentsatz zu hoch gegriffen sein — so ergiebt sich immer noch ein bedeutendes Plus von nicht erblich Belasteten.

Vergleichen wir hiermit die Zahlen, welche sich bei Eltern und Kindern ergeben, so finden wir:

Im Ganzen 43 Fälle.

Davon No. II hereditär belastet: . . 8 mal.

- - - - nicht belastet: 15 mal.

Nichts angegeben: . . . . . 17 mal.

Bemerkt muss noch werden, dass unter den 15 nicht Belasteten 2 durch frühere Psychosen zur Entstehung der neuen disponirt waren.

Vergleichen wir diese Tabelle mit der vorigen, so finden wir, dass in ihr trotz der laxeren Fassung des Hereditätsbegriffes sich ein grösserer Procentsatz von erblich Belasteten ergiebt. Da aber die übrigen Factoren zur Entstehung einer Psychose bei Eltern und Kindern dieselben sind, wie bei nicht Blutsverwandten, insbesondere bei Ehegatten, so brauchen wir nicht, wo es sich um Uebertragung von den Eltern auf die Kinder handelt, die Erblichkeit noch stärker in Anspruch zu nehmen, als wir es gethan haben.

Diese Grundsätze vorausgeschickt, fragen wir nun erstens, ob die Heredität bei der Folie simultanée[1]) eine andere Rolle spielt als bei der Folie communiquée im weiteren Sinne, und zweitens, wie sich die Bedeutung der Erblichkeit bei der Folie communiquée (im engeren Sinne) verhält zu der bei der Folie imposée.

1. Die Bedeutung der Heredität bei der Folie simultanée.

Ich finde 30 Fälle von Folie simultanée verzeichnet. Die Befallenen sind:

1) Hereditär belastet in	16 Fällen.
2) Hereditär nicht belastet in	6 Fällen.
3) Nichts angegeben ist in	8 Fällen.
	30 Fälle.

Auf den ersten Blick fällt hier das Ueberwiegen der erblich Belasteten auf, und es wird uns um so leichter, ein Urtheil zu fällen, weil blos in 8 Fällen keine Angabe bezüglich dieses Punktes gemacht ist. Rechnen wir von diesen 8 auf beide Seiten

[1]) Der Begriff der Folie simultanée ist hier im weiteren Sinne genommen, so dass er die Fälle ohne gegenseitige Beeinflussung mit umfasst. Vgl. oben pag. 636.

je 4 Fälle, so erhalten wir die Verhältnisszahl 20:10, also 66,7 pCt. hereditär Belastete.

Trennen wir nun die Fälle von Folie simultanée in solche mit gegenseitiger Beeinflussung und solche, wo die beiden Individuen ganz unabhängig von einander erkrankt sind, so erhalten wir folgendes Resultat:

Fälle von Folie sim. mit gegenseitiger Beeinflussung 18.

Davon mit hereditärer Belastung 8.
- ohne - - 6.
- nichts angegeben . . . 4.

Rechnen wir wieder von den 4 zweifelhaften Fällen auf jede Seite 2, so erhalten wir 10:8, d. h. 55,6 pCt. erblich Belastete. Einen Schluss daraus können wir erst ziehen, wenn wir die Fälle von Folie communiquée betrachtet haben.

Fälle von Fol. simult. ohne Beeinflussung 12.

Davon hereditär belastet 8.
- - nicht belastet 0.
- nichts angegeben 4.

Vertheilen wir wieder die 4 zweifelhaften Fälle, so bekommen wir 83,3 pCt. hereditär Belastete. Wahrscheinlich aber ist es, dass hier alle Individuen belastet sind; es lässt sich ja schwer denken, dass zwei Personen, welche nicht eine gemeinsame erbliche Disposition haben, ohne gegenseitige Beeinflussung eine identische Psychose acquiriren.

2. Die Bedeutung der Heredität bei der Folie communiquée.

Fälle von Folie communiquée (+ Fol. imposée) finden sich 99. Darunter ist No. II

1) erblich belastet in 23 Fällen,
2) nicht belastet in 34 Fällen,
3) zweifelhaft sind 42 Fälle.

Zusammen 99 Fälle.

Vertheilen wir die 42 Fälle hälftig, so ergiebt sich in 44 Fällen, d. h. 44,4 pCt. Erblichkeit.

Sondern wir wieder die Folie communiquée im engern Sinne von der Folie imposée ***Marandon de Montyel's***, so haben wir:

Folie communiquée 73 Fälle.

Darunter No. II hereditär belastet 20 Fälle.
- - - nicht belastet 31 -
Nichts angegeben . . . . . 22 -

Folie imposée 26 Fälle.
Darunter No. II belastet . . 3 Fälle.
- - - nicht belastet 3 -
Nichts angegeben . . . . . 20 -

Nach dem bisherigen Rechnungsmodus würde sich für die Folie communiquée ein Procentsatz von 42,5, für die Folie imposée von 50 ergeben. Indessen kann die letzte Ziffer mit Grund bestritten werden, weil die Zahl der zweifelhaften Fälle eine unverhältnissmässig grosse ist; zum mindesten können wir sagen, dass bei der Folie imposée die Heredität keine grössere Rolle spielt als bei der Folie communiquée. Andererseits aber haben wir damit einen neuen Beweis dafür, dass der von ***Marandon de Montyel*** aufgestellte Unterschied nicht stichhaltig ist; was viele Autoren, namentlich französische, behaupten, dass eine Geisteskrankheit nur auf Hereditarier wirklich übertragen werden könne, ist falsch: Die Folie communiquée kommt bei einer grossen Anzahl erblich nicht Belasteter, umgekehrt die Folie imposée auch bei Belasteten vor.

Vergleichen wir nun die Bedeutung der Erblichkeit bei der Folie simultanée mit gegenseitiger Beeinflussung (denn nur diese kann hier in Frage kommen) mit 55,6 pCt. mit der bei der Folie communiquée + Folie imposée erhaltenen Zahl (44,4 pCt.), so fällt ein immerhin nicht unbeträchtlicher Unterschied von 11,2 pCt. zu Ungunsten der Folie simultanée auf. Das stimmt wieder mit dem, was sich von vornherein erwarten lässt. Die Folie simultanée ist eine Form der psychischen Erkrankung, welche für unser Verständniss viel undurchdringlicher ist als die Uebertragung der Krankheit von einem kranken auf ein anderes, bisher gesundes Individuum. Ferner kommt noch ein Punkt in Betracht. Bei der Folie communiquée hat für uns nur die Disposition der secundär erkrankten Person Bedeutung, während wir bei der Folie simultanée beide Individuen berücksichtigen müssen. Wenn diese nun auch in weitaus der Mehrzahl der Fälle blutsverwandt, also dann beide belastet sind, so ist es nicht ausgeschlossen, dass bei nicht Blutsverwandten (Mann und Frau) blos bei einem erbliche Belastung sich findet,

wodurch naturgemäss der Procentsatz sich erhöhen wird. Ganz verlässliche Angaben darüber liessen sich aber blos machen, wenn die Anzahl der überlieferten Fälle grösser und die Angaben über Erblichkeit vollständig wären.

Es ist schwer, die für alle Formen psychischer Infection gewonnene Zahl (unter 129 Fällen 39 belastet, 40 nicht belastet, 50 zweifelhaft, also rund 50 pCt. belastet) mit der Erblichkeitsziffer der Geisteskrankheiten überhaupt zu vergleichen. Schwankt diese ja doch bei den einzelnen Autoren ganz bedeutend [1]). Nehmen wir zwischen den extremsten Angaben (4 und 90 pCt.) die Mitte, so erhalten wir ungefähr auch 50 pCt., woraus sich ergeben würde, dass bei der Uebertragung einer Geisteskrankheit auf ein anderes Individuum die Heredität keine grössere Rolle spielt, als beim Zustandekommen einer Psychose überhaupt. Leider ist aber die Statistik so unsicher, dass wir dieses Resultat nur mit einem ziemlich hohen Grad von Wahrscheinlichkeit, durchaus nicht mit apodiktischer Sicherheit aufstellen können. Jedenfalls aber können wir die Ansicht einzelner Autoren, dass zur Folie communiquée Erblichkeit unumgänglich nothwendig sei, als widerlegt betrachten.

Wir kommen nun zu einem anderen Punkte, nämlich der Frage, wieweit das Geschlecht zu psychischer Infection disponirt. Der Berechnung zu Grunde gelegt sind 146 Fälle [2]); die Zahl der inficirten Individuen ist aber beträchtlich höher, 1) weil oft genug mehr als eine Person angesteckt wird, 2) weil bei den Fällen von Folie simultanée die beiden Erkrankten zu rechnen sind. Es ergeben sich: weibliche Personen 154, männliche 81.

In einem Fall von Zwillingsirresein ist das Geschlecht nicht angegeben. Hier springt sofort ein bedeutender Unterschied zwischen beiden Geschlechtern in die Augen: Das weibliche Geschlecht überwiegt das männliche fast um das Doppelte. Das fällt um so mehr auf, als im Allgemeinen Geisteskrankheiten beim männlichen Geschlecht noch etwas häufiger sind als beim weiblichen [3]). Den Grund für diese auffallende Differenz werden wir im Nachfolgenden noch kennen lernen.

---

[1]) *v. Krafft-Ebing*, Psychiatrie, III. Aufl., pag. 174.

[2]) Hierunter sind auch die sogenannten unechten Fälle einbegriffen.

[3]) *v. Krafft-Ebing*, Psychiatrie, III. Aufl., pag. 157.

Von sämmtlichen Autoren wird nahe Verwandtschaft und enges Zusammenleben der beiden Individuen als hauptsächlich begünstigendes Moment angegeben. Ich habe meine Fälle auch daraufhin durchgesehen. Es finden sich:

Zwillinge in . . .	22	Fällen.
Geschwister in . .	50	-
Ehegatten in . . .	24	-
Eltern und Kinder in	43	-
Nicht verwandt in .	21	-
Zusammen	160	Fälle.

Da öfters Eltern und Geschwister, ein Ehegatte und die Kinder u. s. w. inficirt werden, so ist es klar, dass die Summe von 160 Individuen die Anzahl der behandelten Fälle (146) übersteigt.

Betrachten wir nun die einzelnen Zahlen genauer. Bei den Zwillingen finden wir in weitaus der Mehrzahl der Fälle, dass beide gleiches Geschlecht haben. Nur in einem Fall sind Zwillingsbruder und Zwillingsschwester erkrankt. Dieser Befund ist nicht gerade auffallend, denn wenn nahe Verwandtschaft zu psychischer Infection disponirt, so werden Zwillinge, die aus einem Ei stammen, noch mehr dazu neigen, als solche, die von verschiedenen Eiern herrühren. Auffallend ist ferner die grosse Anzahl von Infectionen bei Zwillingen gegenüber der bei ungleichaltrigen Geschwistern (22 : 50), eine Zahl, die mit der relativen Häufigkeit der Zwillingsgeburten in gar keinem Verhältniss steht. Die Zwillinge sind auch in der grossen Mehrzahl der Fälle hereditär belastet. Von 22 Paaren sind hereditär 9, nicht hereditär 4, zweifelhaft 9. Das kann auf den Gedanken führen, als ob Zwillingsgeburten überhaupt etwas Pathologisches wären — eine Vermuthung, deren Wahrscheinlichkeit wir hier nicht zu untersuchen haben.

Ehegatten inficiren sich relativ selten; es finden sich im Ganzen blos 24 Fälle, was entschieden darauf hinweist, dass Blutsverwandtschaft zum Zustandekommen der Folie à deux wichtiger ist als intimer Verkehr bei nicht Blutsverwandten. Während bei allen anderen Kategorien von Inficirten das weibliche Geschlecht an Zahl weitaus überwiegt, ist es bei Ehegatten auffallend, dass die Männer mit 14, die Frauen blos mit 13 Fällen betheiligt sind. Gewöhnlich findet man die Angabe, dass, wenn die Frau den Mann

ansteckt, sie demselben geistig überlegen sein müsse[1]). Das ist nicht richtig. In mehreren Fällen ist sogar ausdrücklich angegeben, dass der Mann intelligenter gewesen sei. So in einem von *Ball* beschriebenen Falle[2]). Umgekehrt kann auch die Psychose von dem geistig schwächeren Mann auf die intelligentere Frau übertragen werden[3]).

Wenn die Autorität, welche eine Person über die andere hat, das wichtigste Moment bei der Uebertragung einer Psychose von der ersteren auf die zweite wäre, so müsste weitaus in der Mehrzahl der Fälle die Infection von den Eltern auf die Kinder, nicht von diesen auf jene übergehen. Hier ergiebt sich aber die auffallende Thatsache, dass fast ebenso oft die Kinder die Eltern anstecken. Unter den 43 Fällen, welche ich aufgezeichnet finde, haben blos 23 mal die Eltern die Kinder, 20 mal die Kinder ihre Eltern inficirt. Diese Thatsache, sowie die oben gefundene, dass die Krankheit ebenso häufig von der Frau auf den Mann übergeht, als umgekehrt, wird noch später bei der Frage der Infection ihre Besprechung finden.

Dass ein intimer Verkehr mit Geisteskranken zu psychischer Ansteckung disponirt, ist von jeher hervorgehoben worden. Vor allen Dingen kommt hier die Pflege von Geisteskranken in Betracht, und hierin liegt es wieder zum Theil begründet, dass Frauen viel öfters inficirt werden als Männer, denn die Krankenpflege liegt vor allem der Frau ob. Dass übrigens dieses enge Zusammensein keine übermässig grosse Rolle spielt, geht daraus hervor, dass Ehegatten, welche ja doch im Allgemeinen den intimsten Verkehr pflegen, selten an Folie à deux erkranken, dass Ansteckungen bei dem Wartepersonal in Irrenanstalten zu den grössten Seltenheiten gehören (ich finde blos fünf Fälle) und bei Anstaltsärzten, wie es scheint, noch nie beobachtet worden sind.

Die Grundfrage bei der Aetiologie der Folie à deux ist aber die Infection selbst, und gerade sie ist bisher ziemlich stiefmütterlich behandelt worden. Als man zuerst auf diese Art psychischer Erkrankung aufmerksam wurde, nahm man ein wirkliches nervöses

---

[1]) Vgl. insbesondere *Lasègue* u. *Falret*, Gaz. des hôp. 1877, No. 145.
[2]) *Ball*, l'Encéphale 1886, 2. Referat in Allg. Z. f. Psych. 1877.
[3]) *Régis*, la folie à deux, Serie II, Fall 1 (pag. 61).

Contagium an[1]). Die Unklarheit dieses Begriffes brachte es mit sich, dass man strebte, etwas anderes, Fassbareres an seine Stelle zu setzen, und da bot sich bald der Begriff der Nachahmung. Schon *Finkelnburg* benennt seinen Aufsatz: Ueber den Einfluss des Nachahmungstriebes auf die Verbreitung des sporadischen Irreseins[2]). Auf's schärfste betont ist dieser Standpunkt in der Arbeit von *Stein*, der eine Menge von Beispielen anzieht, welche die Rolle des Nachahmungstriebes im menschlichen Leben beweisen sollen. Noch bequemer macht es sich *Flemming*[3]), welcher die psychische Infection überhaupt bezweifelt. In Bezug auf psychische Epidemien kommt *Jessen*[4]) zu einem ähnlichen Resultat; er thut die Sache mit dem bequemen Stichwort des epidemischen Unsinns (statt Wahnsinns) ab. Die Franzosen betonen auch meistens die Rolle des Nachahmungstriebes. Von den Neueren ist besonders *Wollenberg*[5]) zu erwähnen, welcher neben dem Nachahmungstrieb die eigentliche Ansteckung („den schädlichen Einfluss, den das primär afficirte Inviduum bewusst oder unbewusst auf seine Umgebung übt") zur Geltung kommen lässt.

Ich muss gestehen, dass mich die Herbeiziehung des Nachahmungstriebes in keiner Weise befriedigt, und glaube, dass seine Betonung das Verständniss des fraglichen Vorgangs nicht nur nicht erleichtert, sondern blos veranlasst, dass man sich mit einem Schlagwort begnügt, statt auf die Sache selbst einzugehen.

Was heisst Nachahmungstrieb? Diese Frage können wir erst beantworten, wenn wir wissen, was Trieb überhaupt bedeutet. Das Wort besagt nicht, dass ein Geschöpf nach etwas hintreibt, sondern in einer bestimmten Richtung getrieben wird. Und zwar findet dies vor aller Erfahrung statt; wenn wir den Trieb rein studiren wollen, müssen wir zum neugebornen Thier gehen. Ein junges, blindes Kätzchen setzt sich zur Wehr, wenn man ihm nur die Hand

[1]) U. A. *Bouchut* und *Remak*, nach *Emminghaus*, Psychopathologie, pag. 384.

[2]) *Finkelnburg*, Allg. Z. f. Psych. Bd. XVIII, pag. 1.

[3]) *Flemming*, Pathologie und Therapie der Psychosen 1869, pag. 164. Aehnlich *Witkowski:* Einige Bemerkungen über den Veitstanz des Mittelalters und über psychische Infection. Allg. Z. f. Ps. Bd. 35, pag. 591.

[4]) *Jessen*, Allg. Z. f. Psych. 7, Heft III; 11, Heft III u. IV.

[5]) *Wollenberg*, Ueber psychische Infection. Archiv f. Psych. Bd. XX, Heft 1.

nähert, welche vorher einen Hund gestreichelt hat, ohne dass es weiss, was ein Hund ist[1]). Der psychologische Vorgang dabei ist vollkommen klar: eine unangenehme Geruchsempfindung löst reflectorisch einen Affect und in Folge dessen Abwehrbewegungen aus. Umgekehrt wird der Geschlechtstrieb durch angenehme Sensationen erregt. Und so ist es überall: ohne angenehmes oder unangenehmes Gefühl kein Trieb. Der Nachahmungstrieb würde also darauf beruhen, dass dem nachahmenden Individuum etwas gefällt. — Bei wem finden wir nun reine Triebhandlungen? Eigentlich nur beim Neugebornen (Thier oder Menschen). Sobald sich Erfahrung dazugesellt, tritt an Stelle des Triebes zum Theil die überlegte Handlung, und dies geht so weit, dass beim erwachsenen Menschen alle Triebe in ihrer reinen Gestalt ganz in den Hintergrund treten. Immer aber wird eine Triebhandlung blos auf Grund eines angenehmen oder unangenehmen Gefühls möglich sein.

Wenden wir diese Sätze auf den Vorgang der psychischen Infection an, so müsste das Gebahren eines Geisteskranken Gefallen erregen, um von einer anderen Person nachgeahmt zu werden. Denn etwas Unangenehmes wird Niemand nachmachen wollen. Und ausserdem kommt noch die Schwierigkeit hinzu, dass in erwachsenem Alter von einem wirklichen Nachahmungstrieb nicht mehr die Rede ist. Man kann nun allerdings schon darin den ersten Schritt zur Geisteskrankheit erblicken, dass in Jemand ein unwiderstehlicher Trieb zur Nachahmung erwacht — in einigen Fällen gab später der Inficirte an, er sei von einem unwiderstehlichen Verlangen befallen worden, die Worte und Handlungen des primär Erkrankten nachzumachen. Hier haben wir allerdings einen richtigen Trieb vor uns: alle Verstandesgründe helfen der Person nichts, sie muss einfach einem dunkeln Verlangen folgen. Aber damit ist die Schwierigkeit blos um einen Schritt zurückgeschoben. Damit das Verlangen nach Nachahmung eines Geisteskranken in einem Menschen entstehe, muss er eben schon krankhaft afficirt sein; mit anderen Worten: die Infection muss schon stattgefunden haben, damit er seinen Partner imitirt.

Man pflegt sich darauf zu berufen, dass auch sonst Nerven-

---

[1]) *Romanes*, Die geistige Entwickelung im Thierreich. Leipz. 1885. pag. 175.

krankheiten durch Nachahmung übertragen werden, und führt als bekanntestes Beispiel die Chorea an, welche öfters sich epidemieartig in Instituten, Schulen u. s. w. verbreitet. Aber man hat kein Recht, ein Beispiel anzuführen, das ebensowenig bewiesen ist, als der zu beweisende Satz. Ich bin überzeugt, dass die Nachahmung bei Uebertragung der Chorea nicht das Mindeste zu thun hat, und finde eine indirecte Bestätigung dieser Ansicht in einer Mittheilung der Société médico-psychologique in Paris vom 27. Nov. 1876 [1]). Es handelte sich da um eine Epidemie von Tetanie, bei welcher fünf junge Mädchen von 8—12 Jahren befallen wurden. Man könnte hier ebensogut wie bei Chorea eine Nachahmung vermuthen, wenn nicht die befallenen Glieder bei jeder der Kranken andere gewesen wären. Wenn Nachahmung Schuld gewesen wäre, so liesse sich annehmen, dass die verschiedenen Krankheitsbilder mehr Uebereinstimmung zeigen, als dies hier der Fall war. Alle anderen Beispiele von Nachahmung, welche man anzuführen pflegt — vgl. insbesondere die Arbeit von *Stein* [2]) — sind noch weniger stichhaltig.

Man kann noch eine Thatsache gegen die Auffassung der inducirten Psychose als auf Nachahmung beruhend in's Feld führen. Wenn durch Imitation wirklich eine regelrechte Psychose entstehen könnte, so müsste es unstreitig oft genug vorkommen, dass Verbrecher u. dgl., welche Geisteskrankheiten simuliren, wirklich geisteskrank würden. Wenn ein solcher Simulant wirklich längere Zeit hindurch für verrückt gelten soll, so muss er offenbar mit dem Krankheitsbild, das er vortäuscht, genau bekannt sein; er muss sich also in den ganzen Gedankengang eines Psychikers hineingelebt haben, er muss seine Mienen und Gesten, seine Worte, und was das Wichtigste ist, seinen ganzen Denkprocess nachahmen. Wenn irgendwo, so müssten hier die Vorbedingungen für das Entstehen einer wirklichen Psychose gegeben sein. In der That glaubte man auch früher, dass eine solche öfters eintrete. Genauere Untersuchungen haben aber festgestellt, dass diese Annahme falsch ist. In den Annales médico-psychologiques (1885, II, pag. 19) ist ein Fall erwähnt, in welchem das betreffende Individuum seine Rolle mit Glück über zwei Jahre lang spielte, ohne geisteskrank zu werden. Ge-

[1]) Annales médico-psychol. 1877, I, pag. 100.

[2]) *Stein*, Ueber die sogenannte psychische Contagion. Diss. Erlangen. 1877.

naue Beobachter neigen sich auch der Annahme zu, dass Simulation in der Regel schon Symptom einer im Anzug begriffenen Psychose sei[1]). Mag dem sein, wie ihm wolle, jedenfalls sind die bisherigen Erfahrungen über Simulanten nicht geeignet, die Nachahmungstheorie zu bestätigen.

Ich halte es für nicht unwichtig, der herkömmlichen Ansicht über die Bedeutung des Nachahmungstriebes scharf entgegenzutreten, und zwar deshalb, weil man sich, wo die Begriffe fehlten, mit diesem zu rechter Zeit erschienenen Schlagwort beruhigt hat, während wir in der Folie à deux gerade eines der interessantesten psychologischen — nicht blos psychiatrischen — Probleme vor uns haben, das sehr genau studirt zu werden verdient.

Wir müssen also gegenüber den landläufigen Erklärungsversuchen doch einen direct schädigenden Einfluss des zuerst Erkrankten auf seinen Genossen annehmen, also den Begriff der psychischen Contagion rehabilitiren. Freilich steht es damit nicht so einfach, wie mit einer anderen Infection, sondern wir haben eine Reihe von Factoren, welche zusammen die Uebertragung einer Geisteskrankheit ermöglichen, und die eigentliche Infection spielt — gegenüber anderen Ansteckungen — eine verhältnissmässig geringe Rolle.

Worin sie besteht, ist schwer zu sagen. Mit grosser Sicherheit können wir behaupten, dass es sich nicht um eine bacilläre Affection handelt. Ich glaube übrigens auch gar nicht, dass eine Infection im strengen Sinne vorliegt, sondern dass wir eine Intoxication vor uns haben. Dass gewisse Gifte psychische Störungen, ja förmliche Psychosen hervorbringen können, ist allbekannt. Besonderes Interesse bietet in dieser Hinsicht ein Fall, der von *Reverchon* und *Pagès*[2]) beschrieben ist.

Wir kennen eine Reihe von Giften, welche die geistige Thätigkeit, zum Theil in recht specifischer Weise, beeinflussen. In erster Linie ist hierbei an das Delirium tremens der Alkoholiker zu denken; aber auch die psychischen Belladonnasymptome sind ziemlich constant.

---

[1]) *Jessen*, Allg. Z. f. Psych. XVI, Heft I.

[2]) *Reverchon* und *Pagès*, la famille Lochin. Ann. méd.-psych. 1882, II, pag. 18. *Lapointe*, une famille entière atteinte simultanément de démonomanie. Ann. méd.-psych. 1886, II, pag. 350.

Wir müssen weiterhin annehmen, dass durch Gifte, welche im Körper selbst gebildet werden, Psychosen hervorgerufen werden können. Dass durch Retention von Stoffwechselproducten, welche normal ausgeschieden werden sollen, cerebrale Störungen auftreten können, ist bei Nephritis und Diabetes längst bekannt. Die Lehre von der Selbstvergiftung auch in anderen Krankheiten gewinnt neuerdings immer mehr an Umfang[1]). Nicht so selten beobachtet man ferner im terminalen Stadium der Tuberculose und anderer zehrender Krankheiten regelrechte Psychosen. Es liegt nahe, diese Erkrankungen ebenfalls auf Rechnung einer Autointoxication zu setzen; wenigstens haben wir damit eine Paralle mit anderen, anerkannten Selbstvergiftungen, wie dem Coma diabeticum, und eine bessere Erklärung bis jetzt noch nicht gefunden.

Ist es nun anerkannt, dass gewisse Gifte, die dem Körper von aussen zugeführt werden, Psychosen hervorrufen, steht es ferner fest, dass gewisse, bis jetzt noch unbekannte Stoffwechselproducte bestimmte cerebrale Erscheinungen veranlassen können, liegt es ferner nahe, auch manche eigentliche Psychosen auf eine solche Ursache zu beziehen, so dürfte es nicht ungereimt sein, auch den Act der psychischen Infection (im engeren Sinne) auf dieselbe Weise zu erklären. Und zwar können wir an eine Intoxication durch gasförmige Stoffwechselproducte der Geisteskranken denken. Dass jede Krankheit ihre specifischen Producte hat, dürfte kaum zu bezweifeln sein[2]); und warum sollte nicht der dauernde Auf-

[1]) Vergl. besonders *Bouchard*, Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies. Paris 1887, pag. 174. Ferner: *Klemperer*, Ueber den Stoffwechsel und das Coma der Krebskranken; Berl. klin. Wochenschrift 1889, No. 40. *Oppenheim*, Charité-Annalen 1888.

[2]) Als ein Beispiel unter vielen möge folgendes dienen: Dr. *Frigerio* in Pesaro fand bei zwei Idioten einen auffallenden Moschusgeruch, welcher am stärksten war, wenn dieselben sich in aufgeregtem Zustand befanden und schwitzten. Er war dann so stark, dass überall auf ihrem Weg die Luft davon geschwängert war. (Archivio Italiano per le malatie nervose 1874.) Ich will keinen Werth auf die Angabe älterer Autoren legen, dass alle Geisteskranken einen specifischen Ausdünstungsgeruch haben. Sie beweist aber jedenfalls, dass ähnliche Beobachtungen nicht blos vereinzelt gemacht worden sind. Uebrigens will ich auch gar nicht behaupten, dass die von mir postulirten Zersetzungsproducte riechbar sein müssen. Das Kohlenoxyd ist geruchlos und hat trotzdem sehr ausgesprochene physiologische

enthalt in der Nähe eines Geisteskranken für einen anderweitig Disponirten gerade dadurch schädlich sein?

Ich bin mir wohl bewusst, dass ich hiermit blos eine Hypothese aufstelle, die noch lange nicht als bewiesen anzusehen ist. Ich glaube aber trotzdem ein Recht dazu zu haben, denn es existirt bisher noch keine bessere. Ich möchte aber noch auf einige Einwände, die man mir machen kann, eingehen. Erstens: wenn alle Geisteskranke abnorme Zersetzungsproducte ausscheiden, warum ist nicht das Vorkommen der psychischen Infection ein viel häufigeres? Hierbei darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass der eigentliche Vorgang der psychischen Infection (bezw. Intoxication) beim Zustandekommen einer Psychose eine verhältnissmässig geringe Rolle spielt, gering nämlich gegenüber der Bedeutung, welche die Ansteckung bei den eigentlichen Infectionskrankheiten hat. Zum Zustandekommen einer inducirten Psychose ist vor allem eine Disposition nöthig, über die wir in sehr vielen, wenn nicht den meisten Fällen, nichts wissen. Es kommt ferner der Factor der Blutsverwandtschaft, des geistigen Rapports, der psychischen Aufregung, kurz es kommen lauter Sachen in Betracht, welche mit dem Act der Ansteckung selbst nichts zu thun haben.

Ein zweiter Einwand ist der: Wir wissen über das endgültige Zustandekommen des normalen Denkprocesses so wenig und werden wohl darüber nie in's Klare kommen; wie viel dunkler müssen uns solch' complicirte Vorgänge sein, wie eine psychische Erkrankung? So viel ist richtig, dass mit der Annahme einer Vergiftung das Räthsel der Geisteskrankheit durchaus nicht gelöst ist; das ist aber auch durchaus nicht nöthig. Die neuere wissenschaftliche Psychologie beschäftigt sich nicht mehr mit der rein speculativen Frage, was das Wesen des Denkens sei, sondern sie sucht die Gesetze der geistigen Thätigkeit, ihre Variationen unter dem Einflusse gewisser Bedingungen u. dgl. festzustellen. Ebenso kann sich auch vorläufig der Psychiater begnügen, wenn er mit genügender Wahrscheinlichkeit nachweist, dass unter dem Einfluss gewisser toxischer Substanzen bei disponirten Individuen bestimmte Psychosen ent-

Wirkungen. Der eigenthümliche Geruch bei manchen Geisteskranken beweist für mich nur, dass überhaupt abnorme Stoffwechselproducte vorhanden sind. Ob die auf die Psyche eines Anderen wirkenden mit diesen identisch sind, is eine ganz andere Frage.

stehen. Wie es im letzten Grunde dabei zugeht, kann er natürlich nicht sagen.

Der dritte und am schwersten wiegende Einwand ist der: Ist eine gasförmige Substanz von der Art, wie die postulirten Stoffwechselproducte Geisteskranker, im Stande, so gewaltige physiologische Wirkungen zu entfalten, wie sie unsere Hypothese voraussetzt? Hierbei ist vor allen Dingen nicht ausser Acht zu lassen, und ich wiederhole es nochmals ausdrücklich, dass die von mir angenommene Intoxication blos ein Factor unter vielen ist. Dass übrigens gasförmige Stoffwechselproducte physiologisch ausserordentlich wirksam sein können, zeigt eine genauere Beobachtung der Instinct- und Triebhandlungen der Thiere.

Ausser dieser postulirten Intoxication ist übrigens ein weiterer Factor nicht ausser Acht zu lassen, den ich deshalb blos andeute, weil er in unserer Zeit weniger oder keinen Widerspruch erfahren dürfte, und weil er von *Jörger* in der schon citirten Arbeit genauer ausgeführt ist, ich meine die Suggestion.

Ich unterlasse es absichtlich, die übrigen in Frage kommenden Factoren, wie den geistigen Rapport, die mit der Pflege eines Geisteskranken verbundene Anstrengung und gemüthliche Aufregung zu besprechen, nicht weil ich sie unterschätze, sondern weil sie von früheren Bearbeitern unseres Themas schon ausführlich behandelt worden sind.

Wir gehen zu einer weiteren Frage über, nämlich welche Geisteskrankheiten auf Andere übertragen werden können. Hierauf sind schon verschiedene Antworten gegeben worden. *Finkelnburg* findet bei seinen zwölf Fällen, dass sich weitaus am leichtesten Melancholie, besonders bei Vorherrschen des religiösen Deliriums, überträgt. Andere Beobachter haben diese Angabe nicht bestätigt, und beim Ueberblicken sämmtlicher Fälle kann ich es auch nicht. Ganz verlässliche Angaben kann ich nicht machen, da es oft unmöglich ist, die Form der Psychosen nach der jetzt üblichen Terminologie zu bestimmen, theils weil die Beschreibung zu dürftig ist, theils weil in den Krankengeschichten eine andere Nomenclatur gebraucht wird. Insbesondere findet sich noch häufig genug die Tobsucht als klinisch abgegrenztes Krankheitsbild, worunter die tobsüchtigen Formen der Melancholie, der Paranoia u. s. w. mitbegriffen werden, während wir diese Bezeichnung ja blos noch für die höheren Grade

der Manie verwenden. Ein ähnlich unklarer Begriff der älteren Psychiatrie ist die Melancholie. Ich habe mich bemüht, die Geisteskrankheiten nach der jetzt gebräuchlichen Eintheilung der Psychosen zu rubriciren und finde, dass die häufigste Krankheit die Paranoia, nach dieser die Melancholie ist. Die Paranoia weist 75, die Melancholie 42 Fälle auf. Hierbei findet sich ein bemerkenswerther Unterschied nach den Ländern, aus welchen die Krankheitsgeschichten berichtet sind. In französischen Zeitschriften ist es fast ausschliesslich der Verfolgungswahn, welcher übertragen wird, während in Deutschland die Melancholie verhältnissmässig häufig ist[1]). Dieser Unterschied ist offenbar kein zufälliger, sondern hängt von den beiderseitigen Volkscharakteren ab. Der Deutsche, bei welchem die Gemüthsseite stärker entwickelt ist, als bei dem Franzosen, den man im Vergleich mit dem sanguinischen oder cholerischen Franzosen überhaupt als Melancholiker im Sinne der alten Temperamentslehre bezeichnen könnte, neigt fast ebenso sehr zur Melancholie als zur Paranoia; der Franzose ist mehr zu der letzteren Form disponirt. Uebrigens kommt noch ein Punkt in Betracht. Die meisten mir zugänglichen Beispiele von Franzosen stammen aus Paris, also aus einem Ort, wo das rastlose Treiben und Jagen nach Erwerb der Entstehung des Verfolgungswahns besonders günstig ist, während aus den deutschen Irrenanstalten vorwiegend Fälle aus ländlichen Bezirken berichtet sind.

Unter den Fällen von Paranoia überwiegt wieder bedeutend der Verfolgungswahn mit oder ohne Hallucinationen (53 Fälle gegen 22 Fälle von acuter oder chronischer Verrücktheit ohne Verfolgungswahn). Die Gründe für diese Erscheinung hat mit klassischen Worten ***Marandon de Montyel*** angegeben[2]): „Si, à notre époque, les cas de folie à deux sont des délires de persécutions, c'est que ce délire est au XIX. siècle ce que la folie réligieuse a été au moyen âge.“ ***Régis*** stellt auch noch den bemerkenswerthen Satz auf: „La tendence à l'idée de persécution est innée chez l'homme“[3]).

[1]) Es ist nicht unwahrscheinlich, dass der eine oder andere, von mir unter Melancholie rubricirte Krankheitsfall keine echte Melancholie war. Die Schuld daran liegt an der Ungenauigkeit der Krankengeschichten. Jedenfalls aber wird sich der Procentsatz nicht erheblich ändern.

[2]) *Marandon de Montyel*, Contribution à l'étude de la folie à deux. Ann. méd. psych. 1881, I, pag. 28.

[3]) *Régis*, a. a. O.

Wollenberg[1]) behauptet, dass eine Hysterische ihre Umgebung wohl am meisten gefährde. Ich kann dem nur dann zustimmen, wenn die Umgebung selbst hysterisch veranlagt ist; im Allgemeinen sind unter meinen Fällen nur einzelne von Uebertragung einer hysterischen Psychose. Das hysterische Irresein ist zu wenig tief eingewurzelt; ihm fehlt sowohl die Intensität der Wahnideen der Paranoiker, als auch die tiefe Gemüthsaffection der Melancholie. *Nasse*[2]) sowohl wie *Wille*[3]) beschreiben hauptsächlich tobsüchtige Zustände.

Ueber die Therapie der Folie à deux haben wir nur wenig zu sagen. Der Schwerpunkt liegt in der Prophylaxe. Geisteskranke sollen sobald als möglich in eine Anstalt verbracht werden, insbesondere wenn die Umgebung derselben hereditär oder anderweitig zu Geisteskrankheiten veranlagt ist.

Von fast allen Beobachtern wird eine möglichst baldige Trennung der beiden Erkrankten verlangt, eine Maassregel, welche gewiss rationell ist. Eine Reihe von Fällen, welche man dann ex eventu als Folie imposée zu bezeichnen pflegt, heilt so auffallend schnell. Uebrigens habe ich doch einzelne Fälle verzeichnet gefunden, wo Separation der beiden Kranken von ungünstigem Einfluss war. So bei *Régis*, Serie II, Fall 3; wo bei zwei an Folie simultanée (chronischem Verfolgungswahn) leidenden Schwestern öfters Aufregungszustände eintraten, wenn man sie trennte. Aehnlich in einem anderen, von *Graf* berichteten Falle[4]).

Es wird sich also auch hier empfehlen, zu individualisiren. Gar kein Grund zur Trennung liegt vor, ja man muss solche als eine unnöthige Grausamkeit bezeichnen, sobald die Prognose bei beiden Kranken eine schlechte ist.

Was die Prognose der Folie à deux betrifft, so widersprechen sich die Autoren ganz bedeutend. Am einfachsten machen sich die meisten Franzosen die Sache. *Geoffroy* behauptet[5]): En effet, dans

---

[1]) *Wollenberg*, Ueber psychische Infection. Arch. f. Psych. Bd. XX, Heft 1, pag. 11.

[2]) *Nasse*, Allg. Z. f. Psych. XXVIII.

[3]) *Wille*, Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte 1885, No. X.

[4]) *Graf*, Ueber den Einfluss Geisteskranker auf ihre Umgebung. Allg. Z. f. Psych. 43, 1887.

[5]) *Geoffroy*, Cas curieux de délire des persécutions. Gaz. des hôp. 1873, No. 32.

presque tous ces cas de délire des persécutions communiqué à un ou plusieurs membres d'une même famille, il y a toujours deux espèces d'individus, l'un, le persécuté actif, marchant généralement vers l'incurabilité, l'autre, le persécuté passif, guérissant presque toujours, lorsqu'il est isolé. Auffallend ist es allerdings, dass in dem von ihm beschriebenen Falle bei No. II nach neunjähriger Dauer des chronischen Verfolgungswahns mit Hallucinationen noch Heilung eintrat.

Zur exacten Beantwortung der Frage müssen wir wieder die Statistik zu Hilfe nehmen und die Fälle nach ihrem Charakter als Folie simultanée und Folie communiquée scheiden.

Unter 29 Fällen von Folie simultanée mit insgesammt 68 betroffenen Individuen finde ich: geheilt 17, unheilbar oder gestorben 36, mit zweifelhafter Prognose oder ohne Angaben 15. Es fällt hier auf, dass die Geheilten einen verhältnissmässig geringen Procentsatz darstellen; und auch die Zahl von 17 Geheilten wird nur dadurch erreicht, dass in einem Falle (dem oben pag. 650 angeführten) von *Reverchon* und *Pagès* sechs Individuen von der Intoxicationspsychose geheilt, in einem anderen, ebenfalls günstig verlaufenden, fünf junge Leute betroffen sind[1]). Bei den Fällen mit schlechter Prognose dagegen sind nur einmal drei Schwestern betheiligt[2]), sonst immer blos zwei Individuen. Die ungünstige Heilungsziffer ver steht sich, wenn man bedenkt, dass unter den fraglichen Fällen die hereditär schwer belasteten Zwillinge einbegriffen sind.

Um über die Prognose der Folie communiquée etwas aussagen zu können, müssen wir die Zahlen für die Inficirenden und die Inficirten vergleichen. Ferner aber müssen wir zur Folie communiquée auch die Folie imposée der Autoren rechnen, da diese eben nur die prognostisch günstigeren Fälle der Folie communiquée darstellt. Zu Gebote stehen mir 117 Fälle mit insgesammt 274 Individuen[3]). Die Ergebnisse für den primär erkrankten Theil sind: geheilt 45, unheilbar oder gestorben 37, mit zweifelhafter Prognose und ohne Angaben 35; zusammen 117. Für die An-

---

[1]) *Casper*, Ansteckender Wahnsinn durch Beschäftigung mit dem sogenannten Psychographen veranlasst. *Casper*'s Vierteljahrsschrift XI, 1857, pag. 1.

[2]) *Stölzner*, Monomania trigemina. Irrenfreund 1877.

[3]) Die sogenannten „unechten" Fälle mitgerechnet.

gesteckten stellen sich die Zahlen folgendermaassen: geheilt 89, unheilbar oder gestorben 40, mit zweifelhafter Prognose oder ohne Angaben 28, zusammen 157. Procentisch berechnet erhalten wir für

	Geheilt	Unheilbar	Progn. dub.
No. I:	38,5	31.6	29,9
No. II:	56,8	25,4	17,9.

Auf den ersten Blick fällt hier der hohe Procentsatz der Inficirten auf, welche geheilt sind. Zum Theil ist Schuld daran, dass fast alle Fälle, wo mehrere Individuen (bis zu 8) angesteckt wurden, für diese günstig verliefen, während die Ziffer der Unheilbaren nur sehr wenig derartige Fälle enthält. Weiter kommt hierbei in Betracht, dass in dieser Statistik alle Fälle von sogenannter Folie imposée einbegriffen sind. Immerhin aber sind die Angaben mancher Autoren dadurch als widerlegt zu betrachten, dass die Prognose für No. I fast immer schlecht, für No. II fast durchgängig gut sein müsse. Nicht einmal das ist richtig, dass die Prognose für das secundär erkrankte Individuum besser sein muss als für das primär befallene. Ich habe 12 Fälle gefunden, wo die Krankheit für dieses besser verlief, als für jenes. Darunter sind theils solche Fälle, wo No. II unheilbar war, theils solche, in welchen die Krankheit länger dauerte, als bei dem andern. Man könnte geneigt sein, hereditäre Belastung bei No. II dafür verantwortlich zu machen. Nun ist aber in 5 unter diesen 12 Fällen das secundär erkrankte Individuum nicht erblich belastet, in 6 Fällen sind beide gleich belastet, in einem Fall ist nichts angegeben.

Die Prognose ist also auch bei der Folie communiquée mit grosser Vorsicht zu stellen. Am ersten scheint mir noch die kürzere oder längere Einwirkung des zuerst Erkrankten auf seinen Genossen in Betracht zu kommen, denn ich finde, dass unter den Fällen, in welchen die Psychose schnell ausbrach und beide bald getrennt wurden, mehr günstig verlaufende sind als unter denen, wo ein Individuum jahrelang unter der Einwirkung eines Geisteskranken stand.

Im Laufe des letzten Jahres wurden in der Irrenabtheilung der Kgl. Charité zwei Fälle von psychischer Ansteckung beobachtet, welche Herr Dr. *Siemerling* mir zur Bearbeitung zu überlassen die Güte hatte. Aus zu-

fälligen Gründen habe ich dieselben nicht bei der Aufstellung meiner Statistik in Betracht gezogen, was übrigens für das Gesammtresultat völlig irrelevant ist. Die beiden Krankengeschichten sind folgende:

Fall I. Auguste R., geboren 30. Juni 1836, in die Charité eingeliefert am 28. Dec. 1888. Bezüglich hereditärer Belastung giebt das Krankenjournal nichts an. Pat. stammt aus guter Familie, und hat eine sorgfältige Schulbildung genossen, wie sich aus ihrer Handschrift und ihrem Stil ergiebt. Sie hatte schon früh viele Kämpfe mit ihrer Mutter durchzumachen, besonders wegen ihrer Verlobung. Ihr Mann, Maurermeister R., wurde ihr gegen ihren Willen verlobt, doch scheint das Eheleben später besser geworden zu sein, obgleich der Mann dem Trunke ergeben war; auch die Vermögensverhältnisse waren gute. Da Pat. aber dicht neben ihren Eltern wohnte, hörte der Zank mit der Mutter nie auf. Sie hat viermal geboren; grossen Kummer bereitete ihr der Tod ihres jüngsten, dreijährigen Töchterchens. Nach dem Tode ihres Mannes, 1878, zog Pat., wahrscheinlich mit Rücksicht auf die Carriere ihres Sohnes Richard, nach Berlin. Wann sich die Psychose bei ihr ausbildete, ist nicht genau zu ersehen, jedenfalls bestand sie schon mehrere Jahre.

Am 28. Dec. 1888 kam Pat. zuerst zur Beobachtung. Sie sass auf der Polizeiwache, ihren Sohn Richard fest umschlungen haltend. Sie lächelte dabei beständig und horchte manchmal nach der Decke; auf Befragen erklärte sie, dass sie ihren Mann und ihre jüngste Tochter wiedergesehen habe. Nach amtlichen Mittheilungen hat Pat. ihre Wohnung in grösster Unordnung zurückgelassen. Sie wird in die Charité eingeliefert in sehr verwahrlostem, aufgeregtem Zustand, der sich im Lauf der folgenden Tage ruhiger gestaltet. Sie hat bereits ein vollständiges Verfolgungssystem aufgebaut: Die Mutter und in geringerem Maasse auch der Vater, haben sie immer verfolgt; die Mutter hat ihr alle Dienstmädchen verhetzt, hat ihren Mann nervenschwach gemacht, indem sie sich immer in seine Geschäfte einmischte, um selbst dabei Geld sich anzueignen. Ihr Mann ist aus Gram über all diese Machinationen gestorben; bei der Versteigerung der Hinterlassenschaft waren als Käufer blos ihre Verwandten da und brachten dieselbe so mit Leichtigkeit an sich. In Berlin will Pat. während ihres ganzen zehnjährigen Aufenthalts auf Veranlassung ihrer Mutter von den Mitbewohnern ausspionirt worden sein. Die Leute sprachen über sie, machten sich lustig über sie, suchten sie bei jeder Gelegenheit zu ärgern u. s. w. In grosse Trauer wurde Pat. dadurch versetzt, dass ihr Sohn Richard zum zweiten Mal nicht in das Assessorexamen ging. Da kam es ihr vor, als ob ihr verstorbener Mann ihr erschiene und sie schützen wolle. Sie will sich auch erinnern, dass derselbe erzählt habe, er sei im Jahre 1848 mit einem polnischen Prinzen Salkowski verwechselt worden, und glaubt fest, dass ihr Mann ein polnischer Flüchtling von hoher Abkunft sei. Es bestehen Gesichts- und Gehörshallucinationen; sie sieht ihren Mann, ihr jüngstes Töchterchen, hört Klopfen über sich und eine sanfte Musik.

Pat. wird am 14. Febr. 1889 ungeheilt in die Irrenanstalt Dalldorf verbracht; die Prognose ist ungünstig.

Richard R., geboren 30. Sept. 1858, wird gleichzeitig mit seiner Mutter als geisteskrank in die Charité eingeliefert. Als hereditäre Momente können der Potus des Vaters, vielleicht auch eine krankhafte Anlage der Mutter angesprochen werden. Pat., ein grosser, kräftiger Mann, der so wenig wie seine Mutter körperliche Krankheitssymptome darbietet, hat die Rechte studirt, war zuletzt Referendar in Berlin und lebte daselbst mit seiner Mutter und zwei Schwestern. Er war offenbar der Liebling der Mutter, ihm vertraute sie alle ihre Vermuthungen; nach einem Briefe derselben wachte er schon seit Wochen Nachts bei ihr, weil sie vor Angst nicht schlafen konnte. Seit einem Jahre sollen bei dem Pat. geistige Störungen wahrgenommen worden sein, und zwar giebt Pat. an, dass er seine Wahnideen — genau dieselben, wie sie oben von der Mutter beschrieben — von dieser überkommen habe. Er will zuerst nicht daran geglaubt, aber allmälig immer mehr ihr nachgegeben haben. Ausser Gesichts- und Gehörstäuschungen hat er auch Hallucinationen des Geruchs- und des Tastsinnes. Er riecht Chloroform, Aether u. dgl. und fühlt den elektrischen Strom.

Pat. ist zuerst in einem Zustande ängstlicher Erregung, wird bald ruhiger, hegt aber immer grosses Misstrauen gegen seine Umgebung. Er ist, wie es scheint, nicht ganz ohne Einsicht in das Krankhafte seiner Vorstellungen, denn bereits am 9. Jan. 1889 sucht er das Vorgefallene möglichst abzuschwächen; bei einer Unterredung mit seiner Mutter hat er sich wieder von deren Ideen hinreissen lassen. Dieser Zustand hält an bis Mitte März, Pat. glaubt fest an die Realität seiner Wahnvorstellungen und Hallucinationen; von da an tritt eine entschiedene Besserung in seinem Befinden ein und Pat. kann am 15. April 1889 als geheilt entlassen werden.

Betrachten wir diesen Fall nach den im Früheren geltend gemachten Gesichtspunkten, so zeigt er keine Besonderheiten. Vor allem ist er als echte Folie communiquée zu bezeichnen. Als solchen stempelt ihn schon die lange Dauer der Krankheit bei der secundär erkrankten Person, sowie der Umstand, dass dieselbe sich nicht bloss die Wahnideen der Mutter, sondern auch ihre Hallucinationen angeeignet hatte, selbständig hallucinirte (der Sohn hatte Täuschungen des Gefühls- und Geruchssinns, die Mutter nicht), sowie dass ein Theil des Wahngebäudes (die Idee von dem polnischen Fürsten) wesentlich von dem Sohn herzurühren scheint. Es mag oft genug vorkommen, dass die secundär erkrankte Person auch einen Theil zu den Wahnideen beiträgt; in den vorhandenen Krankengeschichten finde ich aber diesen Punkt nicht berücksichtigt. Hier gehen Folie communiquée und F. simultanée in einander über.

Was die disponirenden bezw. veranlassenden Momente für die Erkrankung des Sohnes angeht, so kommt der Heredität eine verhältnissmässig geringe Rolle zu. Der Grad der Intelligenz war kein geringer, die

körperliche Constitution kräftig. Weitaus den grössten Antheil hatten physische Anstrengungen (fortdauernde Nachtwachen) und der innige Verkehr mit der erkrankten Mutter, also die Infection selbst.

Die Prognose bei II ist günstiger als bei I, wenngleich die Zeit noch zu kurz ist, um eine vollkommene Heilung zu verbürgen. Jedenfalls ist bei dem Sohne bis jetzt (Oct. 1889) noch nichts über ein Recidiv bekannt geworden.

Fall II. Der zweite Fall betrifft eine Folie à trois.

Michael M., 50 Jahre alt, in Württemberg geboren, seit 30 Jahren nach Amerika ausgewandert. Sein Geschäft scheint rückwärts gegangen zu sein; er musste sich schliesslich das Geld zur Herüberreise von seinen Kindern borgen. Wann die Geisteskrankheit begonnen, ist nicht zu ersehen, jedenfalls besteht sie schon lange Zeit. Pat. wird am 18. Febr. 1889 mit seiner Frau und Tochter, welche ebenfalls geisteskrank sind, zusammen in die Charité eingeliefert. Er ist ruhig, entwickelt aber eine endlose Geschwätzigkeit und spricht öft zusammenhangslos. Aus seinen Reden geht hervor, dass er sich von deutschfeindlicher Seite verfolgt glaubt; Pat. giebt auch die Namen von mehreren Verfolgern an. Dieselben haben ihn auch nicht über den Ocean lassen wollen, weil er im Besitz von Kenntnissen ist, die für Deutschland und den Kaiser Wilhelm I. von höchster Wichtigkeit sind, ja ohne welche die Menschheit zu Grunde gehen würde. Die Feinde in Amerika wollen den Kaiser und Bismarck gefangen setzen, und von ersterem ist ihm auch die telegraphische Weisung zugegangen, nach Europa zu kommen. Pat. trägt das Haar hinten lang in einen Zopf geflochten, um Moses und Christus nachzuahmen. Auch sonst bringt er oft seine Person in Verbindung mit diesen beiden Namen. Seine fünf Kinder sind fünf Engel. Er hat Gehörshallucinationen, hört Gottes Stimme u. s. w., hat wahrscheinlich auch Gesichtstäuschungen. Ein Brief, den Pat. geschrieben hat, ist sehr confus und zeigt den Uebergang der Krankheit in Demenz.

Seine Frau, Anna M., 52 Jahre alt, wird mit ihrem Manne gleichzeitig eingeliefert. Sie ist ruhig, affectlos, giebt an, dass sie sich seit 8 Tagen mit ihrem Mann und ihrer 16jährigen Tochter in Berlin befinde. Hereditäre Belastung stellt sie mit Entschiedenheit in Abrede. Sie hat ihren Mann vor 27 Jahren in Amerika kennen gelernt, und giebt an, dass sie schon seit dieser Zeit verfolgt würden; ihr Mann sogar schon drei Jahre länger, er habe es oft gesagt. Sie wiederholt die Angaben ihres Mannes bis auf's Kleinste, erzählt sie ruhiger und deshalb noch ausführlicher. Hallucinationen scheint sie nicht zu haben. Sie giebt ausdrücklich an, dass sie alles nur durch ihren Mann wisse.

Von ihrem Manne getrennt, verhält sich Pat. ruhig, verlangt jedoch wieder mit ihm vereinigt zu werden, und hält an ihren Wahnideen vollkommen fest. Ihre Tochter ist zwei Tage bei ihr, dann werden beide separirt.

Die 16jährige Tochter Anna ist ruhig und bestätigt auf Befragen

alles, was ihre Eltern angegeben haben. Sie giebt ausdrücklich an, sie wisse alles nur von denselben und bestreitet energisch, dass sie verrückt seien. Nach 2 Tagen wird sie von ihrer Mutter getrennt (20. Febr.), sie verlangt lebhaft nach ihren Eltern, verhält sich aber ruhig. Sie hält zunächst noch an ihren Wahnideen fest, lässt sich aber überzeugen, dass ihr Vater irrsinnig sei (1. März). Wenn sie freikäme, würde sie mit ihrer Mutter zum Kaiser gehen. Am 5. März kann sie mit der Wärterin auf Urlaub gehen und bald darauf als geheilt entlassen werden. Die Eltern dagegen werden am 1. April 1889 als unheilbar in die Irrenanstalt Dalldorf verbracht.

In diesem Falle ist die 16jährige Tochter mit grosser Wahrscheinlichkeit als nicht wirklich geisteskrank zu bezeichnen. Sie theilt zwar alle Wahnideen ihrer Eltern, verhält sich aber dabei rein passiv. Sie bestätigt blos die Angaben ihrer Eltern, benimmt sich vollkommen ruhig und zeigt blos Schmerz über die Trennung von diesen. Schon 11 Tage nach ihrer Aufnahme lässt sie sich davon überzeugen, dass ihr Vater geisteskrank sei, ist also thatsächlich als geheilt zu betrachten. Der Verlauf der Krankheit bei der Mutter dagegen bestätigt den oben aufgestellten Satz, dass die Prognose bei dem angesteckten Individuum um so ungünstiger wird, je länger es unter dem schädlichen Einflusse seines Partners steht.

Zum Schlusse gestatte ich mir noch, meinem verehrten Lehrer, Herrn Dr. *Siemerling*, meinen herzlichen Dank für die Ueberlassung des Materials und seine freundliche Unterstützung bei meiner Arbeit auszusprechen.

Literatur.

In der Hauptsache kann ich auf die bei *Wollenberg* (cf. unten) angegebenen Schriften verweisen, zu welchen ich noch Folgendes zur Ergänzung hinzufüge:

1) Annales méd.-psych. 1848, pag. 436. (Epidemische Selbstverstümmelung.)
2) *Casper*, Ansteckender Wahnsinn durch Beschäftigung mit dem sogenannten Psychographen veranlasst. *Casper*'s Vierteljahrsschrift XI, 1857, pag. 1.
3) Moniteur de la Côte. 17. Nov. 1865.
4) *Maret*, Du délire des persécutions. Thèse, Paris 1868.
5) *Droit*, Juli 1866.
6) *Carlo Livi*, im Archivio Ital. per le malattie nervose e le alienazioni mentali. 1868. Referat in: Allg. Z. f. Psych. XXVI. 1869, pag. 154.
7) *Flemming*, Pathologie und Therapie der Psychosen. 1869.
8) *Legrand du Saulle*, Le délire des persécutions, Referat in Gaz. des hôp. 1872, No. 142.
9) Société méd. psych. 31. Mai, 15. Nov. 1875. Ann. méd. psych. 1876.
10) *Lasègue* und *Falret*, La Folie à deux, Referat in Gaz. des hôp. 1877, No. 145.

11) *Kiernan*, Folie à deux, its forensic aspects. The Alienist and Neurologist. St. Louis 1883, IV, 285. Referat in Ann. méd. psych. 1887.
12) *Savage*, Insanity of twins. Journ. of ment. science, Jan. 1883. (Allg. Z. f. Psych. XL, 1884.) Derselbe, ibid. 1884.
13) *Clifford Gill*, ibid. 1883, 1884.
14) *Mickle*, ibid. 1884, 1885. (Zwillingsirresein.)
15) *Mc. Dowell*, ibid. 1884.
16) *Montgomery*, Communicated insanity. Amer. Journ. of Neurology and Psych. 1884, III.
17) *Chatelain*, Revue méd. de la Suisse Romaine. 1884, 6.
18) *Ball*, L'Encéphale 1886, 2. (Allg. Z. f. Psych. 1887.)
19) *Venturi*, Manicomio 1886, No. 1. (Allg. Z. f. Psych. 1887.)
20) 60. Sitzung des psych. Vereins Berlin am 15. Juni 1887. Allg. Z. f. Psych. XLIV, pag. 488. Fälle von *Mendel*, *Wendt*, *Hasse*.
21) *Wollenberg*, Ueber psychische Infection. Arch. f. Psych. Bd. XX, H. 1.
22) *Jörger*, Das inducirte Irresein. Allg. Z. f. Psych. Bd. 45, S. 307.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

23. Versammlung der Mitglieder des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens in Hannover am 1. Mai 1889.

Die Sitzung wurde Nachmittags 4 Uhr eröffnet. Zum Vorsitzenden wurde Dr. *Snell*, zum Schriftführer Dr. *Tannen* gewählt.

Anwesend waren: *Adices*-Hannover, *Bartels*-Hildesheim, *Berkhan*-Braunschweig, *Brandes*-Hannover, *Bruns*-Hannover, *Burghard*-Hannover, *Engelken*-Rockwinkel, *Fontheim*-Liebenburg, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Hasse*-Königslutter, *Hemkes*-Wehnen, *Lewald*-Liebenburg, *Luettich*-Hannover, *Ad. Meyer*-Osnabrück, *Nicol*-Hannover, *Schmalfuss*-Hannover, *Snell*-Hildesheim, *Tannen*-Hildesheim, *Wahrendorff*-Ilten, *Willerding*-Hildesheim, *Wulff*-Langenhagen.

I. *Bruns* (Hannover) stellt einen Fall von „traumatischer Neurose" vor.

Der Pat., ein Schlosser, war am 4. April dieses Jahres durch einen Schlag mit einem sog. Vorschlagshammer an der Hinterseite der l. Schulter verletzt. Der Schlag hatte ihn umgeworfen, bewusstlos war er aber nicht geworden. Der l. Arm war sofort gelähmt. 24 Stunden nach der Verletzung konnte *B.* Folgendes constatiren: In der l. hinteren Schultergegend leichte Schrunden und ein geringer subcutaner Bluterguss. Keine gröberen Verletzungen der Knochen oder Gelenke. L. Schultergelenk bei passiven Bewegungen äusserst schmerzhaft. Totale schlaffe Lähmung der l. O. E.; elektrisch natürlich normaler Befund. Complete Anästhesie für alle Reize am ganzen l. Arme bis circa 3 Finger breit unterhalb des Akromion: hier schwacher, geradliniger Wiederbeginn des Gefühls: doch ist dasselbe in der ganzen l. Schulter- und Brustregion stumpfer als r. Totaler Verlust des Lagegefühls im ganzen l. Arm. L. Gesichtsfeld für weiss und Farben zunächst um 30°, später um 15° eingeengt; S. normal. Starke Herabsetzung der Hörschärfe l. bei normalem Ohrbefunde: l. wird Flüsterstimme auf 1 m, r. auf über 6 m Entfernung verstanden; die Stimmgabel wird vom Processus mastoideus und vom Gehörgang r. circa 30 Sec. länger gehört, als l. Der Geschmack ist beiderseits beeinträchtigt, die Geruchsprüfung ergiebt unsichere Resultate.

Für die Diagnose kam ausser einer traumatischen Neurose nur noch eine Plexuslähmung in Betracht. Aus der Art der Anästhesiegrenzen, sowie aus der Betheiligung der Sinnesorgane konnte von vornherein die Diagnose mit grösster Wahrscheinlichkeit auf erstere Affection gestellt werden. Nachdem jetzt nach 4 Wochen sämmtliche schweren motorischen und sensiblen Lähmungen absolut dieselben geblieben sind, eine Veränderung der elektrischen Erregbarkeit (E. A.reaction) aber nicht eingetreten ist, ist die Diagnose sicher. Der Fall ist von Bedeutung, weil er beweist, dass in solchen Fällen das classische Bild der traumatischen Neurose „sofort" nach dem Unfall vorhanden sein kann; und dass dann natürlich auch sofort die richtige Diagnose zu machen ist.

Ferner demonstrirt *B.* Rückenmarkspräparate eines Falles, der klinisch in der 21. Sitzung des Vereins 1887 von Dr. *Nicol* vorgestellt ist.

B. selbst hat in diesem Falle die Diagnose einer multiplen Sklerose im frühen Kindesalter gestellt und den Fall auch als solchen publicirt. (Berl. kl. Wochenschrift 1888, No. 5; siehe hier die klinischen Symptome.) Die Section hat diese Diagnose nicht bestätigt. Das Rückenmark zeigt zwei verschiedenartige Processe: einen mehr systematischen, wohl als Entwickelungshemmung aufzufassenden, in den Pyramiden- und Goll'schen Strängen: und eine diffuse Myelitis der ganzen grauen Substanz, der vorderen und hinteren Wurzeln, der Clarke'schen Säulen. Die Präparate verdankt *B.* der Freundlichkeit des Herrn Docenten Dr. *Oppenheim* in Berlin.

Dr. *Berkhan* schlägt betreffs der Behandlung des von Dr. *Bruns* vorgestellten Falles von traumatischer Neurose Hypnose vor.

Dr. *Bruns* erwiderte, dass er zuerst noch Elektricität und Massage, dann aber eventuell Hypnose versuchen wolle.

D. *Adolph Meyer*-Osnabrück, Ueber Faserschwund im Kleinhirn.

Es handelt sich um Schwund markhaltiger Nervenfasern in der Rinde des Kleinhirns bei progressiver Paralyse und anderen Geisteskrankheiten (Dementia senilis, alte Paranoia, Idiotie), denen als gemeinsames psychisches Symptom Mangel der Intelligenz eigen ist.

Es wurden die Seitentheile der Hemisphären nach Weigert'scher Hämatoxylin-Methode untersucht und constatirt, dass in allen Fällen eine mehr oder minder grosse Abnahme der von den Markleisten sich abzweigenden, durch Körner- und Zellenschicht bis in die Gliaschicht hinein sich fortsetzenden Plexus feiner Nervenfasern vorhanden ist.

Die höchsten Grade des beobachteten Schwundes zeigen Bilder, welche den Präparaten Neugeborener ähnlich sind, wo bekanntlich die Entwickelung der Markscheiden in der Kleinhirnrinde sich noch im Anfangsstadium befindet.

Gleichzeitig wurden in der grauen Rinde des Vorderhirns die durch

Tuczeck und *Zacher* bekannt gewordenen Arten des Nervenfaserschwundes beobachtet.

Es scheint ein gewisses Abhängigkeitsverhältniss in Bezug auf die in Rede stehenden degenerativen Processe zwischen Kleinhirn einerseits und Stirn- und Occipitalhirn andererseits zu bestehen.

Veränderungen der übrigen Elemente der Kleinhirnrinde, namentlich auch des Gefässapparates zeigten sich nicht; es dürfte sich also wahrscheinlich um einen primären (?) Schwund der markhaltigen Elemente handeln.

Weitere Untersuchungen über die Localisation der Degeneration in der Kleinhirnrinde des einzelnen Individuums werden nachfolgen.

(Der Vortrag wird demnächst nebst erläuternden Abbildungen im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten erscheinen.)

Dr. *Snell*-Hildesheim, Ueber die Ueberschätzungsideen bei Paranoia[1]).

Dr. *Bartels*-Hildesheim, Die Ackerbaucolonie Einum bei Hildesheim während ihres 25jährigen Bestehens.

Am 1. April 1889 hat die Ackerbaucolonie Einum, eine Unterabtheilung der Heil- und Pflegeanstalt Hildesheim, das Fest ihres 25jährigen Bestehens gefeiert und da sie die erste Irrencolonie in Deutschland war, so lohnt es wohl, einen Blick auf diese Zeit zurückzuwerfen. Die Frage der Irrencolonien ist seit dem Jahre 1864 in ein so gänzlich anderes Fahrwasser gekommen, dass es heute fast für selbstverständlich gilt, neben jeder Anstalt eine Ackerbaucolonie einzurichten; damals war hiervon noch keine Rede, ausserhalb Deutschlands gab es wohl schon einzelne Colonien, so die Ferme St. Anne in Paris, welche ihre Kranken vom Bicêtre erhielt, die Irrencolonie der Anstalt zu Leymes im Département du Lot und besonders die der Gebrüder *Labitte* zu Fitz James bei Clermont, aber in Deutschland war, wie schon erwähnt, die Hildesheimer Anstalt die erste, von der ein derartiges Unternehmen in's Werk gesetzt wurde. Bei der ganzen Anlage und Entwickelung der Colonie Einum muss man, wenn man sie mit anderen jetzt bestehenden Colonien vergleicht, den Umstand berücksichtigen, dass die heutigen derartigen Unternehmungen alle nach vorhandenen Vorbildern eingerichtet werden, während hier Alles erst versucht und erprobt werden musste, und so wird es erklärlich, dass Einum, welches in den 60er und 70er Jahren vielfach von fremden Psychiatern besucht und gewissermaassen als Mustercolonie für die neuen Unternehmungen betrachtet wurde, jetzt in einzelnen Beziehungen von denselben überflügelt ist.

Im Jahre 1864 entschloss sich die damalige Königlich Hannoversche Regierung auf Vorschlag des Director Dr. *Snell* in Hildesheim zu der neuen Gründung. Es wurden in dem etwa 1 Stunde von Hildesheim entfernten Dorf Einum von der Klosterkammer zwei Wohnhäuser mit Oeconomiege-

[1]) Cf. d. Ztsch. Bd. 46, S. 447.

bäuden und 15½ ha Land gepachtet und am 1. April 1864 die Colonie eröffnet. Nicht leicht war es natürlich, sofort die passenden Kranken in einer Zahl von 40 zu finden; es war einerseits zu berücksichtigen, dass sie körperlich rüstig und arbeitsfähig und für den landwirthschaftlichen Betrieb geeignet waren, dass sie keine bedenkliche Reizbarkeit und Neigung zu Gewaltthätigkeiten zeigten, anderseits mussten alle diejenigen vermieden werden, von denen ein Entlaufen zu befürchten war. Denn die Einrichtungen waren von vornherein vollständig freie, ohne irgendwie an Irrenanstalten zu erinnern, ganz ähnlich wie bei den übrigen Ackerhöfen des Dorfes, weder vergitterte Fenster noch verschlossene Thüren, die an die Wohnhäuser anstossenden Gärten nur mit einer Hecke umgeben, und die Kranken konnten sich im Rahmen der ihnen zugewiesenen Beschäftigung vollständig frei und ungehindert bewegen. Es wurden vorwiegend solche Patienten ausgewählt, bei welchen die im Beginn der Erkrankung hervorgetretene Erregung abgelaufen war, also Maniakalische und Melancholische, die ungeheilt geblieben waren, und Wahnsinnige, bei denen die Wahnideen abgeblasst und mehr zurückgetreten waren, daneben Idioten geringeren Grades. Die Auswahl der Kranken gelang denn auch insofern recht gut, als von den 40 Kranken im Laufe des ersten Jahres nur 6 in die geschlossene Anstalt zurückgebracht und durch andere ersetzt werden mussten. 1 wegen Fluchtversuchs, 2, weil sie fluchtverdächtig waren, 1 wegen eingetretener Erregung, 1 wegen körperlicher Krankheit und 1 wegen gänzlicher Unbrauchbarkeit.

Das Aufsichts- und Dienstpersonal bestand aus 1 Arzt, 1 Oekonomieverwalter, 1 Haushälterin, 5 Wärtern, 1 Knecht und 2 Mägden. Der Viehbestand betrug 2 Pferde, 9 Kühe, einige Schweine und Federvieh; die Hauptbeschäftigung bestand in Spatencultur mit Gemüsebau.

Die ökonomischen Resultate waren — wohl hauptsächlich wegen des grossen Aufsichts- und Verwaltungspersonals — in den ersten Jahren wenig ermuthigend, im Jahre 1865 bedurfte die Colonie eines Zuschusses von 5300 Thalern; vom ärztlichen Standpunkte dagegen bewährte sich das Unternehmen nach jeder Richtung hin. Die Kranken fanden sich fast alle rasch und mit grossem Eifer in ihre neue Beschäftigungsweise, die ja allerdings den meisten von ihnen nichts Neues, sondern Altgewohntes war. Viele, die in der geschlossenen Anstalt stumpf und apathisch dahin vegetirt hatten, fassten Interesse für ihre Thätigkeit, lebten mehr auf und waren nach einiger Zeit kaum wieder zu erkennen; bei den Intelligenteren, die im Stande waren, den Zusammenhang des ganzen Betriebes zu erkennen, entwickelte sich ein gewisses Gefühl der gemeinsamen Verantwortung für die gedeihliche Entwickelung des ganzen Unternehmens, und auch der Stumpfsinnigste bewegte sich in dem kleinen ihm erschlossenen Gesichtskreise mit einer gewissen ruhigen Zufriedenheit.

Im Jahre 1865 wurden 4 und 1866 nur 2 Kranke wegen Fluchtversuchs resp. Krankheit und Unbrauchbarkeit in die Hauptanstalt zurück-

versetzt, 1866 ausserdem 3 Kranke der neu errichteten Anstalt in Göttingen überwiesen. Im Herbst 1865 wurde die Colonie anlässlich der in Hannover tagenden Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte von einer grösseren Anzahl Psychiater besucht und dadurch gewiss die Anregung zur Errichtung mancher der seitdem entstandenen Irrencolonien gegeben. — Das Jahr 1867 brachte dadurch eine wesentliche Aenderung, dass die Stelle des Einum verlassenden Arztes nicht wieder besetzt wurde, da es sich herausgestellt hatte, dass derselbe bei dem Bestand von 40 Kranken nicht hinreichend Anregung und Beschäftigung fand. Es waren, wie oben erwähnt, fast nur unheilbare Kranke, und unter diesen Verhältnissen genügte die Einrichtung, wie sie auch jetzt noch besteht, dass wöchentlich zweimal — bei Bedarf natürlich öfter — ein Arzt von der Hauptanstalt die Colonie besucht. Es ist ja nicht zu verkennen, dass für manche heilbare Kranke, besonders Melancholiker im Stadium der Reconvalescenz, der Aufenthalt auf der Colonie sehr dienlich sein würde, aber dieselbe ist von Hildesheim zu weit entfernt, als dass sich derartige Kranke mit genügender Genauigkeit beobachten liessen, und von diesem Gesichtspunkt aus scheint es wünschenswerth, dass die Colonie sich direct an die Hauptanstalt anschliesst. Anderseits erweckt in den Bewohnern gerade diese Entfernung und dieses Leben in einem Bauerndorf — das sich beiläufig gesagt noch nie als nachtheilig erwiesen hat — ein Gefühl des völligen Losgelöstseins von dem Zwange der geschlossenen Anstalt und die Empfindung einer freien natürlichen Lebenslage, was bei den an die Hauptanstalten sich anschliessenden Colonien nie der Fall sein wird.

Im Jahre 1868 wurden 4 Kranke der neu errichteten Anstalt in Osnabrück überwiesen, 1869 wurden 10 in die Privatirrenanstalt Ilten, 1870 10 in die Privatirrenanstalt Königshof versetzt, in denen beiden eine Irrencolonie eingerichtet werden sollte. Es war schwierig, die zahlreichen frei gewordenen Plätze sofort wieder zu besetzen, und nachdem es ermöglicht war, mussten mehrfach Kranke, die sich ungeeignet zeigten, zurückgenommen werden. — Die pecuniäre Lage der Colonie war noch immer eine ungünstige, es war jährlich ein Zuschuss nothwendig, so dass deshalb von der vorgesetzten Behörde sogar daran gedacht wurde, die Colonie wieder eingehen zu lassen. Zunächst wurde im Jahre 1869 die Verwaltung dadurch vereinfacht, dass statt des sachverständigen Oeconomieverwalters ein Oberwärter angestellt wurde, der unter Oberleitung der Anstaltsdirection sowohl die Aufsicht über die Kranken als auch über die Oeconomie führte, während der Frau desselben die Führung des Haushalts übertragen wurde. Der gute Erfolg dieser Maassregel zeigte sich bald, indem schon das Jahr 1870 mit einem reinen Ueberschuss von 612 Thalern abschloss, während 1869 noch 229 Thaler und 1868 2030 Thaler Zuschuss erforderlich gewesen waren.

Die folgenden Jahre brachten der Colonie wenig Aenderung, im Jahre 1873 wurden 4⅔ ha Land zugepachtet und die Zahl der Kranken auf 44

erhöht. Nachdem sich die Colonie im Lauf der ersten 10 Jahre ihres Bestehens sowohl vom ärztlichen als auch — nach den vorgenommenen Verbesserungen — vom öconomischen Standpunkt aus bewährt hatte, wurde im Jahre 1875 die bis dahin gepachtete Besitzung in der Grösse von 93 ha käuflich erworben; 48 ha wurden in Betrieb genommen, 45 verpachtet. Die ganze Wirthschaft wurde nun bedeutend erweitert, während zu Anfang hauptsächlich Gartengemüse gezogen war, trat jetzt der Getreide- und Rübenbau in den Vordergrund, es wurden noch mehrere Pferde und Zugochsen angeschafft, die Zahl der Kühe bis auf 42 gebracht, so dass mit der von der Colonie gewonnenen Milch die drei Abtheilungen der geschlossenen Anstalt (ca. 700 Kranke) ihren vollen Bedarf decken und daneben noch ein grosses Quantum verbuttert werden konnte; ferner wurden viele bauliche Veränderungen vorgenommen und dadurch Platz für 52 Kranke geschaffen. Der Ankaufspreis für das Gut hatte 204,000 Mark betragen, hierzu kam das Geld für die Neubauten und die Neuanschaffungen, so dass im Ganzen ein Capital von 227,900 Mark nöthig war. Dasselbe wurde von der Landes-Creditkasse angeliehen und wird mit 5 pCt. verzinst und amortisirt, dazu sind aber in den folgenden Jahren noch extraordinäre Abzahlungen gekommen, so dass jedenfalls noch vor dem Jahre 1900 die Colonie schuldenfreies Eigenthum der Anstalt sein wird.

In den nun folgenden Jahren entwickelte sich die Colonie unter den veränderten Verhältnissen günstig weiter, der Krankenbestand änderte sich im Allgemeinen wenig, doch kamen mehrfach Entlassungen in Folge von Heilungen nach jahrelanger Krankheitsdauer vor, oft in Fällen, die gar keine Aussicht mehr zu haben schienen. Im Ganzen betrug die Zahl der wenn nicht völlig geheilt so doch sehr gebessert Entlassenen in den 25 Jahren des Bestehens, um dies gleich vorauszugreifen, 32, eine immerhin ganz ansehnliche Zahl, wenn man bedenkt, dass aus den oben angeführten Gründen im Allgemeinen nur für unheilbar geltende Kranke in die Colonie versetzt wurden. Zwei besonders interessante Fälle aus den Jahren 1878 und 1887 möchte ich hier kurz erwähnen, obgleich dieselben schon in den betr. Jahresberichten veröffentlicht sind. — Der Bauer Johann H., geboren 1824, früher stets gesund, erblich nicht belastet, verlor im Frühling 1864 durch ungünstigen Verkauf seines Hofes fast sein ganzes Vermögen, im Anschluss hieran entwickelte sich Melancholie mit schweren Angstanfällen, die ihn im August zu einem Selbstmordversuch trieben, weshalb er im September in die Anstalt aufgenommen wurde. Er litt an beängstigenden Gehörstäuschungen, glaubte die Stimmen seiner jammernden Kinder zu hören, daneben klagte er über Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, er meinte schwere Strafen verdient zu haben, die in der Anstalt an ihm vollstreckt werden sollten. Allmälig beruhigte er sich so weit, dass er im December 1865 auf dringenden Wunsch seiner Angehörigen versuchsweise gebessert entlassen werden konnte. Zu Hause verschlimmerte sich jedoch der Zustand sofort wieder, und im April 1866

wurde er wegen Selbstmordideen wieder aufgenommen. Nachdem wiederum sehr rasche Beruhigung eingetreten war, wurde er im Mai auf die Colonie versetzt. Hier zeigte er sich sehr heiter und zufrieden, interessirte sich in hohem Grade für den ganzen landwirthschaftlichen Betrieb und zeigte sich so zuverlässig, dass ihm nach einigen Monaten ein eigenes Fuhrwerk übergeben wurde, mit dem er zweimal täglich die Milch in die Hauptanstalt fuhr. Ueber 10 Jahre besorgte er dieses Geschäft sehr umsichtig und gewissenhaft, so dass man ihm bei oberflächlicher Beobachtung nichts Krankhaftes anmerken konnte; wurde er aber gefragt, ob er nicht zu seiner Familie zurückkehren wolle, so äusserte er die schwersten Wahnideen, er sei von Gott völlig verstossen und ein ewig verlorener Mensch, der besser nie geboren wäre. Von seinen Angehörigen wolle er Niemand sehen, um sie nicht in diesen Abgrund blicken zu lassen, in den er versunken wäre. Zur Kirche dürfe er auch nicht gehen, da er von Gott auf ewig verstossen sei. Im Januar 1878 machten ihm seine Frau und seine Söhne einen Besuch, den er bis dahin sehr energisch abgewehrt hatte, und wie mit einem Schlage änderte sich hiernach das Krankheitsbild. Er bekam wieder Liebe zu seinen Angehörigen und Sehnsucht nach der Heimath, die religiösen Wahnideen verschwanden, er besuchte wieder die Kirche und erklärte, dass er nun selber einsehe, wie er bis dahin von krankhaften Ideen beherrscht gewesen sei. Am 20. März 1878 wurde er nach Hause entlassen und hat sich seitdem gesund gehalten.

Der zweite Fall ist folgender: Der Bauer Friedrich S. geboren 1833, ohne erbliche Anlage zu Geistesstörung und früher stets gesund, erkrankte im Jahr 1868 an Melancholie; er hörte auf zu arbeiten, zog sich ängstlich von allen Menschen zurück, da er glaubte, sie hegten feindliche Absichten gegen ihn, auch gegen seine Angehörigen war er misstrauisch, Nachts verliess er oft sein Haus, lief einsam umher und führte lebhafte Selbstgespräche. Erst nach 9jähriger Krankheitsdauer, im Jahr 1877, wurde er der Anstalt zugeführt. Hier zeigten sich neben ängstlichen Wahnideen und Gehörstäuschungen hauptsächlich krankhafte Sensationen. Er klagte über das Gefühl von Zittern und Lähmung in den Extremitäten, von Zusammenschrumpfen der Knochen, Trockenheit der Haut u. s. w., was ihn zu den eigenthümlichsten Bewegungen veranlasste, um sich, wie er angab, Erleichterung zu verschaffen. Im März 1879 wurde er in die Colonie versetzt und fing dort bald an fleissig zu arbeiten, während er sich dazu vorher stets zu krank und schwach erklärt hatte. Der psychische Zustand blieb sonst derselbe, nur verloren alle Erscheinungen an Heftigkeit. Im Februar 1887 erkrankte er an einer ziemlich schweren Pneumonie, die er aber glücklich überstand, und seitdem änderte sich sein Zustand vollständig. Die Selbstgespräche und auffallenden Bewegungen verschwanden, er wurde allmälig heiter und zufrieden, gewann Krankheitseinsicht und sehnte sich nach seinen Angehörigen und seiner Heimath, was früher nicht der Fall gewesen war. Im Lauf des Sommers zeigte die Beobachtung keinerlei

krankhafte Symptome mehr, und er konnte daher im October 1887 nach 19jähriger Krankheitsdauer geheilt entlassen werden und ist auch gesund geblieben, wie mir ein am 23. April d. J. erhaltener Brief bestätigt.

Von der günstigen ökonomischen Weiterentwickelung der Colonie in den 70er Jahren legt der Umstand Zeugniss ab, dass dieselbe im Jahr 1880 nach Zahlung der für die Verzinsung und Amortisation des Anlagekapitals nöthigen Summe von 13,495 Mark noch einen Ueberschuss von 5617 Mark hatte. Auf einer im Jahr 1879 in Hildesheim abgehaltenen landwirthschaftlichen Ausstellung erhielt die Colonie ein Diplom für Verdienste in der Viehwirthschaft, die grosse silberne Staatsmedaille und die grosse silberne Medaille des landwirthschaftlichen Hauptvereins Hildesheim. Im Jahr 1882 wurde ein Neubau aufgeführt und dadurch eine weitere Vermehrung des Krankenbestandes um 25 ermöglicht; die Auswahl der Kranken war wieder nicht ganz leicht, zumal die zahlreichen Werkstätten und die ausgedehnten Gärten der Hauptanstalt einen grossen Theil der rüstigen arbeitsfähigen Kranken absorbiren, aber es gelang doch, die 80 Plätze, welche die Colonie seitdem bietet, zu besetzen, ohne dass viele ungeeignete Kranke in die Hauptanstalt hätten zurückverlegt werden müssen. Der Grund war gewöhnlich eingetretene Erregung oder Unbrauchbarkeit, Entweichungen sind während der ganzen Zeit des Bestehens verhältnissmässig nicht sehr oft vorgekommen; die Schwachsinnigen und Blödsinnigen haben im Allgemeinen zu wenig Energie und Unternehmungsgeist, die Wahnsinnigen wollen vielfach aus Gleichgültigkeit oder Abneigung gegen ihre Angehörigen garnicht nach Hause zurückkehren, manche halten auch die Colonie für ihr Eigenthum, das sie unter keinen Umständen verlassen zu dürfen glauben.

In den letzten Jahren hat sich in dem Krankenbestande wenig geändert, während verschiedene sonstige Neueinrichtungen getroffen wurden. Im Jahr 1883 starb der Oberwärter, der zugleich die Stelle des Oekonomen inne gehabt hatte, und wegen der erheblichen Erweiterung des ganzen landwirthschaftlichen Betriebes sind diese beiden Aemter seitdem getrennt. Im selben Jahre wurden 49 ha zugepachtet, da durch die vermehrte Krankenzahl genügende Arbeitskräfte gegeben waren, es wurden mehrere Pferde, Kühe etc. angeschafft und mit Vortheil gewirthschaftet, so dass im Jahr 1886 trotz des Nothleidens der Landwirthschaft nach Zahlung der Zinsen und Amortisationssumme im Betrage von 20,000 Mark ein Ueberschuss von 10688 Mark blieb[1]). Am 1. October 1887 wurde das seit 1875 verpachtete Land in eigenen Betrieb genommen, so dass jetzt im Ganzen 142 ha bewirthschaftet werden, von denen 92½ Eigenthum der Anstalt

[1]) Bei den Ausgaben ist die Verpflegung des Aufsichts- und Dienstpersonals mitgerechnet, während für die Unterhaltung der Kranken natürlich nichts berechnet ist, da für dieselben ja Unterhaltungskosten bezahlt werden, welche nicht in den Einnahmen inbegriffen sind.

sind. Die Zahl der Kranken beträgt 80 (= ca. 19 pCt. der männlichen Kranken in der ganzen Anstalt), das Aufsichts- und Dienstpersonal besteht aus 1 Oberwärter, 7 Wärtern, 1 Oekonom, dessen Frau den Haushalt führt, 4 Knechten, 4 Mägden, der Viehbestand betrug am 1. April 1889 7 Pferde, 8 Zugochsen, 1 Bulle, 49 Kühe, 8 Rinder, 4 Kälber, 1 Eber, 15 Sauen, 68 Schweine, 14 Puter, 14 Enten, 180 Hühner.

Dies ist in kurzen Zügen ein Bild von der Entwickelung der Colonie Einum im ersten Viertel-Jahrhundert ihres Bestehens, auf das man sowohl vom ärztlichen als auch vom ökonomischen Standpunkt mit Befriedigung zurückblicken kann. Von allen Seiten ist während dieser Zeit die Vortrefflichkeit und Nützlichkeit der Irrencolonieen erkannt, und ein wie glücklicher Schritt die Gründung der Colonie Einum im Jahr 1864 war, zeigt am besten der Umstand, dass seitdem fast alle deutschen Irrenanstalten Schritte gethan haben, um ähnliche Einrichtungen ins Leben zu rufen, zu deren Entstehung Anlass gegeben zu haben stets der Ruhm der Hildesheimer Anstalt und ihres Leiters sein wird.

Dr. *Wulff*-Langenhagen, Ueber das Hirngewicht bei Geistesschwachen. (Hierzu Taf. II.)

Wiederholt sind in den letzten Jahren Beobachtungen über das Hirngewicht bei Geisteskranken veröffentlicht (*Tigges*, allg. Zeitschr. f. Psych. 45; *Bartels*, ebendas. 44; *Jensen*, Archiv f. Psych. XX) und bei dieser Gelegenheit sind auch die Gewichtsverhältnisse der durch psychische Entwickelungshemmungen beeinflussten Gehirne mit in Betracht gezogen. Nun ist es aber, trotzdem die Zahl der Fälle bei den genannten Autoren eine sehr grosse ist, natürlich, da die Geistesschwachen (Imbecille und Idioten) in den Irrenanstalten nur in beschränkter Zahl zur Beobachtung und Untersuchung kommen, dass die Anzahl der Hirnwägungen etc. bei denselben entweder nur eine relativ kleine ist (*Amadei*, *Bartels*, *Jensen*, *Tigges*) oder bei einigen Beobachtern (*Meynert*, *Parchappe*, *Koster*) überhaupt nicht berücksichtigt ward. Dazu kommt, dass die Geistesschwachen, von denen Beobachtungen vorliegen, fast ausschliesslich den höheren Altersklassen angehören.

Da ich nun über Wägungen an 205 Gehirnen Geistesschwacher verfüge, die meistens die niedrigeren Altersklassen, der grössten Mehrzahl nach bis zum 20. Jahre, betreffen, und sonstige Beobachtungen an einer so grossen Anzahl, soweit ich übersehen kann, nicht vorliegen, so darf ich darin eine gewisse Berechtigung erblicken, dieselben hier zu verwerthen.

Ich bin mir wohl bewusst, dass die Hirngewichte nicht in absolut sicheren Zusammenhang mit Geistesabnormitäten zu bringen sind, dafür giebt es zu viele Ausnahmen, wo kleine Hirngewichte mit normaler Geistesthätigkeit und sehr grosse Zahlen mit Krankheit einhergehen, doch aber glaube ich mich den Worten *Rieger*'s (Beziehungen zur Schädellehre) hier anschliessen zu können: Schliesslich beruht ja unsere ganze menschliche

Intelligenz ihrer materiellen Grundlage nach auf der unendlich reichen Verschlingung von Nervenbahnen in unserem Gehirne, und dazu ist auch eine Hirnmasse erforderlich, die — ceteris paribus, d. h. unter Berücksichtigung aller Factoren, wie Körpergrösse etc. — nicht unter ein gewisses Maass sinken darf.

Wenn nun, im Vergleiche zu den Durchschnittshirngewichten Geistesgesunder, die Autoren der Geisteskranken, gestützt auf grosse Zahlenreihen, im allgemeinen eine Abnahme des Hirngewichts constatirten, so ist a priori schon anzunehmen, dass bei Geistesschwachen, bei denen das Gehirn schon von der Geburt an, oder doch seit den ersten Lebensjahren nicht normal functionirte, also auch nicht, oder nur in sehr beschränktem Maasse reizempfänglich und productionsfähig war, sich auch entschieden eine sehr geringe Entwickelung, ein sehr niedriges Hirngewicht vorfinden musste, ja jedenfalls das geringste von allen Geistesabnormitäten.

Sowohl von der Physiologie, wie von der Pathologie und vergleichenden

Tabelle

Alter in Jahren	Geistesgesunde (*Steffen*, *Gerhard*'s Handb.)						Geistes	
	Kopfumfang mm	Kopfbreite mm	Kopflänge mm	Körperlänge mm	Brustumfang mm	Ind. cephal.	Kopfumfang mm	Kopfbreite mm
Von 5— 7	506	132	163	1020	545	80,9	486	132
Ueber 7— 9	516	134	167	1201	601	80,0	485	135
- 9—12	516	136	166	1284	633	81,9	496	136
- 12—15	527	136	164	1413	674	82,9	501	137

Anatomie werden wir belehrt, dass die rein psychischen Vorgänge, das Bewusstsein, die Intelligenz auf die graue Rindensubstanz des Grosshirns angewiesen sind; wir werden also annehmen dürfen, dass eine Verminderung der Rinde und der von dieser in gewissem Sinne abhängigen Nervenbahnen, die die Hauptmasse der weissen Substanz bilden, also eine Verminderung der Hauptmasse der Hemisphären überhaupt, auch eine Verminderung der psychischen Functionen nach sich ziehen muss, so dass vielleicht die Gewichtsverhältnisse der Hemisphären des Grosshirns für sich noch zu greifbareren Resultaten führen dürften, wie die des Gesammthirns. Uebrigens zeigte sich mir auch, anscheinend hiermit übereinstimmend, recht oft bei deutlich verkleinertem Grosshirn und meistens symmetrisch verkleinertem Kleinhirn, fast stets der Hirnstamm von nicht oder kaum verminderter Grösse, während andererseits fast immer, oder doch in der überwiegenden Mehrzahl der obducirten Fälle, chronische Processe, Verdickung, Trübung der Pia, Verwachsungen mit der Hirnrinde, und alles dies besonders in der Umgebung der Blutgefässe, entschieden auf eine

frühzeitige Beeinflussung der Ernährung der grauen Rindensubstanz hindeuteten, auch wo solche nicht durch deutliche Sclerose, Atrophie der Windungen, oder bedeutende Dickenabnahme derselben und der grauen Rindenschicht direct nachweisbar waren.

Noch eines Moments will ich hier gedenken, das vielleicht nicht ganz ohne Einfluss auf die Verminderung des Hirnwachsthums, seiner Schwere, ist. Bei meinen Kopfmessungen bei Geistesschwachen, die sich auf über 500 Fälle erstrecken, fand ich als Durchschnittsergebniss sowohl bei M. wie bei W. einen Ind. ceph. von 82,1 resp. 83,1, im Durchschnitt 83,0, so dass die Schädelbildung im Sinne *Broca*'s eine subbrachycephale ist, und in vielen obducirten Fällen war mir auch allerdings eine frühzeitige Synostose der Sut. lambd. aufgefallen, so dass hierin, wie auch durch andere hier und da zur Beobachtung kommende frühzeitige Nahtsynostosen, vielleicht eine Wachsthumsbehinderung des Gehirns mit zu suchen ist.

I.

schwache in Langenhagen.				Differenz bei d. Geistesschwachen.				
Kopflänge mm	Körperlänge mm	Brustumfang mm	Ind. cephal.	Kopfumfang mm	Kopfbreite mm	Kopflänge mm	Körperlänge mm	Brustumfang mm
159	954	499	82,8	—20	± 0	—4	—66	—46
164	1120	533	83,1	—31	+1	—3	—81	—68
165	1157	575	82,7	—20	± 0	—1	—127	—58
165	1300	610	83,3	—26	+1	+1	—113	—64

Die durchschnittlichen Kopfmaasse bei Geistesschwachen bleiben überhaupt in allen Jahresklassen hinter den als normal geltenden Maassen zurück, so dass auch hierin schon angedeutet liegt, dass auch der Inhalt der Schädelkapsel ein hinter der Norm zurückbleibender sein muss. Uebereinstimmend hiermit heisst es bei *Virchow* (Ges. Abhandl. 1856 S. 917): *Foville* berichtet, dass *Lélut*, nachdem er 100 Schädel von Blödsinnigen und Idioten gemessen, das mittlere Maass derselben unter dem normalen Mittel fand, dass aber diese Verminderung hauptsächlich am hinteren Umfange des Schädels stattfand.

Was zunächst das Hirngewicht bei Geistesgesunden betrifft, so dürfte hier wohl für mich die Annahme von *Bartels* (l. c.) am meisten zutreffend sein, der unter Berücksichtigung der Beobachtungen und Wägungen von *Krause* und *Henle* an Hannoveranern als Durchschnittsgewicht bei M. 1460, bei W. 1320 g annimmt. Jedoch erscheinen diese Zahlen wieder sehr hoch wie folgende Angaben zeigen; es geben an: *Bischoff* (Hirngewicht) M. 1362; W. 1219 g — *Sims* (med. chir. transact.) M. 1412; W. 1292 g —

R. Boyd (phil. transact. 1860) M. 1347; W. 1230 g — *Arnold* (Handb.) M. 1431; W. 1312 g — *Quain* (Lehrb.) M. 1400; W. 1250 g — *Davis* (nach *Tigges* l. c.) M. 1367; W. 1204 g — *Buchstab* (Ref. Neur. Centralblatt IV) M. 1371; W. 1229 g — *Blosfeld* (Organosth.) M. 1346; W. 1195 g und wenn ich eine Zusammenstellung von *Tigges* (l. c.) zur Berechnung benutze, so ergiebt sich ein Durchschnittshirngewicht: für Europäer: M. 1360; W. 1222 — für Deutsche: M. 1363; W. 1229 g. Jedenfalls scheinen also die Hannoveraner, Westfalen und Badenser nach *Henle*, *Krause*, *Koster*, *Arnold* das höchste Durchschnittshirngewicht darzubieten. Da nun die Insassen der Anstalt Langenhagen der überwiegenden Mehrzahl nach Hannoveraner sind, so will ich auch deren Normalhirngewicht mit *Bartels* als maassgebend festhalten.

Wie ich schon erwähnte, kommen alle Beobachter zu dem Resultat, dass das Hirngewicht Geisteskranker geringer ist als das Geistesgesunder, soweit ich nun bei anderen Autoren Zahlen für das Hirngewicht Geistesschwacher gefunden habe, stelle ich sie zusammen.

Tabelle II.

Beobachter.	Männl. Geschlecht.			Weibl. Geschlecht.		
	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Hirngewicht in g	Gewichtsdifferenz gegen Normalhirn in g	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Hirngewicht in g	Gewichtsdifferenz gegen Normalhirn in g
Bartels	27	1335	—125	18	1194	—126
Jensen	14	1375,5	— 84,5	11	1154,2	—165,8
Tigges	2	1262,5	—197,5	10	1164,3	—155,7
Amadei	?	1297	—163	?	1114	—206
Wulff:						
I. von 5—40 Jahr.	114	1217,8	—242,2	91	1156,6	—163,4
II. von 5—15 Jahr.	63	1199	—261	54	1024	—296
III. von 16—40 Jahr.	51	1354	—106	37	1171,3	—148,7

Dass die von mir gefundenen Durchschnittshirngewichte so wesentlich niedriger sind, als bei den übrigen Beobachtern, ist theilweise daraus zu erklären, dass bei mir die Kinderjahre, vom 5. Jahre an, mit in Betracht gezogen sind. Wenn ich deshalb die Durchschnittszahlen trenne und die Altersklassen vom 5. bis 15. Jahre und vom 16. bis 40. Jahre gesondert berechne, so erhalte ich für die letzte Kategorie, wie zu ersehen, eine annähernde Uebereinstimmung mit den Angaben von *Bartels* und *Jensen*.

Ich bemerke hier übrigens, dass das Hirngewicht stets sofort nach der Herausnahme aus der Schädelhöhle und stets mit den Häuten festgestellt ist.

Tabelle III.

Alter in Jahren	Männl. Geschlecht.				Weibl. Geschlecht.				Ueberhaupt	
	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Hirngewicht in g	Maximum in g	Minimum in g	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Hirngewicht in g	Maximum in g	Minimum in g	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Hirngewicht in g
Von 5— 7	6	1048	1130	940	3	1090	1096	881	9	1053,50
Ueber 7— 9	10	1084	1320	830	7	961	1210	669	17	1040,25
- 9—12	23	1215	1648	830	21	1098	1520	940	44	1157,75
- 12—15	24	1278	1640	930	23	1083	1440	889	47	1171,17
- 15—18	20	1213	1430	850	19	1062	1370	660	39	1171,00
- 18—21	14	1304	1670	1050	10	1213	1700	1000	24	1262,25
- 21—25	12	1383	1680	1100	6	1209	1390	1090	18	1325,28
- 25—40	5	1217	1620	1035	2	1201	1261	1141	7	1217,00
Summa	114	1217,8	—	—	91	1156,6	—	—	205	1174,8

Aus vorstehender Zusammenstellung ergiebt sich die Vertheilung des Durchschnittshirngewichts auf die einzelnen Altersklassen. Nach *Hoffmann* (*Quain*'s Anatomie) wächst das Hirngewicht ziemlich rasch bis zum 7. Jahre, nimmt von da bis zum 20. Jahre langsam zu, bleibt sich von da bis zum 50. Jahre nahezu gleich, um dann allmälig wieder abzunehmen. Nach obiger Zusammenstellung scheint also das Gehirn Geistesschwacher schon viel früher zu beginnen, an Gewicht abzunehmen, am frühesten beim weiblichen Geschlechte. Ihr Maximalhirngewicht erreichen die M. im 20. bis 25 Jahre, die W. etwas früher, während bei *Bartels* (l. c.) das Maximum überhaupt zwischen 20—30 Jahren liegt, bei *Tigges* bei den M. fast ebenso, bei den W. noch etwas später. Nach *Bischoff* gar liegt das Maximum bei M. im 3., bei W. im 5. Jahrzehnt.

Es zeigt sich bei den Geistesschwachen also sowohl das wesentliche Zurückbleiben des Hirngewichts hinter der Norm, wie auch das frühere Erreichen des Hirngewichtsmaximums, sowie endlich der frühere Beginn der Gewichtsabnahme. Alles dies weist meines Erachtens darauf hin, dass, natürlich abgesehen von etwa in einzelnen Fällen vorhandenen localen Gründen, die von Geburt an vorhandene, oder frühzeitig erworbene geistige Inferiorität und die erfahrungsgemäss sehr beschränkte geistige Entwickelungsfähigkeit, einen nicht genügenden Reiz für die normale Weiterentwickelung des Centralnervensystems bilden, so wenig genügend, dass letztere überhaupt sehr frühzeitig ganz aufhört und dann das Centralorgan der Inactivitätsdegeneration verfällt.

Mit dem frühzeitigen Eintritt der Abnahme des Hirngewichts stimmt auffallender Weise auch die Erfahrung überein, dass nach erreichter maximaler geistiger Ausbildung, trotz fortgesetzter Anregungs- und Weiterbildungsversuche häufig schon frühzeitig ein Rückgang an Intelligenz und überhaupt des ganzen geistigen Lebens bei Geistesschwachen beobachtet wird. Uebrigens will ich noch darauf hinweisen, dass in sehr deutlicher Weise, wie bei Geistesgesunden, hier bei den Geistesschwachen das Durchschnittshirngewicht bei M. ansehnlich grösser ist, wie bei W.

Sehen wir nun wie sich das Grosshirngewicht dementsprechend verhält, bei dem, wie oben erwähnt, mindestens ebenso deutliche Abweichungen von der Norm zu erwarten stehen wie beim Gesammthirngewicht?

Tabelle IV.

Beobachter.	Männl. Geschlecht.			Weibl. Geschlecht.		
	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Grosshirngewicht in g	Gewichtsdifferenz gegen die Norm in g	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Grosshirngewicht in g	Gewichtsdifferenz gegen die Norm in g
Tigges	2	ca. 1084	—186	10	ca. 984	—176
Jensen	14	ca. 1184	—86	11	ca. 1003	—157
Wulff						
I. vom 5.—40. Jahre	103	1075	—195	71	979	—181
II. vom 5.—15. Jahre	55	1023	—247	41	903	—257
III. vom 16.—40. Jahre	48	1133	—137	30	1047	—113

Bischoff (l. c.) giebt als Durchschnittsgewicht des Grosshirns Geistesgesunder bei M. 1194, bei W. 1077 g an. Da nun aber das Durchschnittsgewicht der Hannoveraner beim Gesammthirn, wie wir oben gesehen haben, ein wesentlich höheres ist, so müssen wir auch hier ein grösseres Durchschnittsgewicht des Grosshirns annehmen, und da ergiebt sich nach Berechnung für dasselbe bei M. rund 1270, bei W. 1160 g, Zahlen, die ich hier gelten lassen will, damit beim Vergleiche die Gewichtsdifferenzen von Gesammt- und Grosshirn vergleichbar werden.

Aus der Vertheilung nach Altersklassen (Tab. V.) ist ersichtlich, dass das Maximum des Grosshirngewichts bei M. zwischen dem 20.—25. Jahre, bei W. etwas früher erreicht wird, also entsprechend dem Verhalten des Gesammthirngewichts. Wenn wir auch nicht berechtigt sind, das Kleinhirn als Sitz der Intelligenz und des Bewusstseins anzusehen, und wenn auch seine Functionen dem Willen nicht unterworfen sind, so ist es doch als wahrscheinlicher Sitz der Erhaltung des Körpergleichgewichts und der

Tabelle V.

Alter in Jahren	Männl. Geschlecht.				Weibl. Geschlecht.				Ueberhaupt.	
	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Grosshirngewicht in g	Maximum in g	Minimum in g	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Grosshirngewicht in g	Maximum in g	Minimum in g	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Grosshirngewicht in g
Von 5— 7	5	948	1010	840	2	750	950	550	7	891
Ueber 7— 9	10	984	1160	750	5	921	1050	875	15	974
- 9—12	19	1070	1470	720	14	991	1360	900	33	1033
- 12—15	21	1090	1460	850	20	949	1170	761	41	1030
- 15—18	20	1144	1280	690	14	969	1190	800	34	1042
- 18—21	12	1121	1350	880	9	1109	1540	920	21	1142
- 21—25	11	1210	1490	920	5	1068	1255	930	16	1145
- 25—40	5	1059	1430	880	2	1041	1098	984	7	1054
Summa	103	1075	—	—	71	979	—	—	174	1047

Coordination der Ortsbewegung zu betrachten und nicht ganz ausser Acht zu lassen.

Tabelle VI.

Alter in Jahren	Durchschnitts-Grosshirngewicht g	Durchschnitts-Kleinhirngewicht g	Verhältniss zu einander
Von 5— 7	891	107	1 : 8,3
Ueber 7— 9	974	119	1 : 8,2
- 9—12	1033	122	1 : 8,4
- 12—15	1030	120	1 : 8,6
- 15—18	1042	124	1 : 8,4
- 18—21	1142	131	1 : 8,7
- 21—25	1145	142	1 : 8,1
- 25—40	1054	146	1 : 7,2
Durchschnitt	1047	126	1 : 8,0

Zum Vergleiche mit vorstehender generellen Zusammenstellung führe ich noch an, dass folgende Verhältnisszahlen zum Grosshirn gefunden wurden: von *Bischoff* 1:7,7—7,8; von *R. Wagner* 1:6,7—7,1; von *Burdach* 1:7; von *Wenzel* 1:7—8; von *Jensen* (berechnet) 1:7,7—8,3; von *Tigges* (berechnet) 1:7,1—7,4. Daraus geht hervor, dass allerdings das Kleinhirn bei Geistesschwachen im Verhältniss zum Grosshirn zurückgeblieben ist. Möglicherweise dürfte dieses Zurückbleiben an sich und im Verhältniss

zum übrigen Gehirn, vielleicht in Verbindung mit einer geringeren, etwa als Entwickelungshemmung aufzufassenden, Entwickelung der Verbindungen des Kleinhirns mit dem übrigen Gehirn und besonders mit dem Rückenmark, theilweise eine Erklärung abgeben für die täglich zu beobachtende Schwerfälligkeit, Unbeholfenheit und Ungeschicklichkeit aller Bewegungen der Mehrzahl der Geistesschwachen!

Bezüglich des Verhältnisses vom Körpergewicht zum Gehirngewicht giebt *Bischoff* (l. c.) an, dass im Allgemeinen schwerere Personen auch ein schwereres Gehirn führen und andererseits beide relativ in einem umgekehrten Verhältnisse stehen, indem leichtere Individuen ein relativ schwereres Gehirn besitzen, als schwerere, und umgekehrt; dass daher das relative Hirngewicht bei W. etwas günstiger gestellt ist, wie bei M. Aehnlich ist es nach *Bischoff* bezüglich der Körpergrösse. Für beide Erscheinungen sucht *Bischoff* den Grund darin, dass alle Functionen sämmtlicher Theile des Körpers vom Centralnervensystem beeinflusst werden, jedoch auch wieder das Centralorgan nicht allein die somatischen, sondern auch die psychischen Functionen wahrzunehmen hat. (Tab. VII nebenstehend.)

Tabelle VIII.

Körpergewicht in kg	Männl. Geschlecht		Weibl. Geschlecht		Relatives Hirngewicht	
	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Hirngewicht g	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Hirngewicht g	bei M.	bei W.
Von 7—10	3	797	2	829	$^1/_{33,6}$	$^1/_{37,5}$
Ueber 10—15	21	1143	15	1039	$^1/_{37,9}$	$^1/_{29,9}$
- 15—20	30	1213	25	1047	$^1/_{37,4}$	$^1/_{38,2}$
- 20—25	20	1284	20	1094	$^1/_{35,8}$	$^1/_{37,6}$
- 25—30	11	1296	13	1134	$^1/_{36,3}$	$^1/_{40,5}$
- 30—35	8	1308	5	1250	$^1/_{39,6}$	$^1/_{37,9}$
- 35—40	5	1352	3	1315	$^1/_{35,6}$	$^1/_{34,6}$
- 40—45	7	1336	2	1316	$^1/_{31,1}$	$^1/_{30,6}$
- 45—50	4	1300	2	1313	$^1/_{37,1}$	$^1/_{37,4}$
- 50—60	4	1330	2	1298	$^1/_{34,0}$	$^1/_{33,4}$
Summa	113	1236	89	1163	$^1/_{40,1}$	$^1/_{37,6}$

Die in vorstehenden Tabellen zusammengestellten Verhältnisse bei den Geistesschwachen zeigen das völlige Uebereinstimmen derselben mit den von *Bischoff* an Geistesgesunden festgestellten Normen, nur ist allerdings auffällig, dass bei meinen Geistesschwachen das Verhältniss von Hirngewicht zu Körpergewicht ein sehr günstiges ist, freilich noch nicht so günstig wie bei *Jensen* (l. c.) bei dessen Geistesschwachen (berechnet) es beträgt bei M. $^1/_{35}$ bei W. $^1/_{33,2}$. *Buchstab* (l. c.) fand bei Geistesgesunden bei

Tabelle VII.

Körpergrösse in mm	Eigene Fälle (Geistesschwache)								*Tigges* (Geisteskranke)						*Bischoff* (Geistesgesunde)					
	Männl. Geschlecht			Weibl. Geschlecht			auf 1 cm Grösse kommt Hirngew.		Männl. Geschlecht		Weibl. Geschlecht		auf 1 cm Grösse kommt Hirngew.		Männl. Geschlecht		Weibl. Geschlecht		auf 1 cm Grösse kommt Hirngew.	
	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Hirngewicht in g	Durchschnitts-Grosshirngewicht in g	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Hirngewicht in g	Durchschnitts-Grosshirngewicht in g	b. M. in g	b. W. in g	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Hirngewicht in g	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Hirngewicht in g	b. M. in g	b. W. in g	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Hirngewicht in g	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Hirngewicht in g	b. M. in g	b. W. in g
800— 900	4	972	865	3	902	850	11,4	10,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
901—1000	8	980	894	3	1070	950	10,3	11,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1001—1100	12	1134	1076	7	1075	947	10,8	10,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1101—1200	21	1144	1010	13	1051	911	9,9	9,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1201—1300	24	1227	1083	20	1079	977	9,8	8,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1301—1400	15	1246	1091	16	1031	942	9,2	7,6	1	1278	2	1229	9,5	9,1	—	—	7	1217	—	9,0
1401—1500	10	1294	1145	16	1148	1015	8,9	7,9	1	1225	24	1232,1	8,4	8,5	5	1334	72	1194	9,2	8,2
1501—1600	15	1295	1118	11	1227	1089	8,4	7,9	14	1362,1	33	1254,9	8,7	8,1	84	1330	163	1228	8,6	7,9
1601—1700	8	1326	1161	—	—	—	8,0	—	33	1355,9	18	1293,6	8,2	7,8	216	1354	20	1272	8,2	7,7
1701—1800	3	1465	1290	—	—	—	8,4	—	21	1388,9	1	1042	7,9	5,9	82	1398	3	1285	8,0	7,4

M. $^1/_{38}$, bei W. $^1/_{35}$ — *Bischoff* bei M. $^1/_{46}$, bei W. $^1/_{45}$. Dass bei meinen Geistesschwachen das Verhältniss beim Steigen des Körpergewichts ein so günstiges ist, viel günstiger wie z. B. bei *Bischoffs* Geistesgesundes, dürfte wohl seine Erklärung darin finden, dass, wie ich im Jahresbericht der Anstalt Langenhagen für den Zeitraum von 1862—1887 nachwies, eine sehr grosse Zahl der Gestorbenen (rund 40 pCt.) an chronischen Consumptionskrankheiten (Tuberkulose, Marasmus etc.) zu Grunde ging, wobei dann das Körpergewicht in verhältnissmässig hohem Grade zurückgegangen war.

Jedenfalls, meine ich, dürfen wir einen gewissen Einfluss der psychischen Leistungen auf Grösse und Schwere des Gehirns nicht verkennen, denn das ist ersichtlich, dass allein Körpergewicht und Körpergrösse nicht den Einfluss darauf ausüben. Wir können also, natürlich abgesehen von Einzelausnahmen, die selbstverständlich, wie überall, so auch hier vorkommen, bei der Vergleichung einer grösseren Zahl gleichaltriger Gehirne aus dem geringen Gewicht Schlüsse auf die Abnormität ihrer psychischen Leistungsfähigkeit ziehen, und dürfen die niedrigsten Gewichte den Geistesschwachen, und vielleicht auch den weiblichen Paralytikern zurechnen.

Tabelle IX.

Alter in Jahren	Epileptische Geistesschwache				Nicht epileptische Geistesschwache			
	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Gehirngewicht in g	Durchschnitts-Körpergewicht in g	Durchschnitts-Körperlänge in mm	Zahl der Fälle	Durchschnitts-Gehirngewicht in g	Durchschnitts-Körpergewicht in g	Durchschnitts-Körperlänge in mm
Von 5— 7	2	1015	9475	950	7	1069	12772	956
Ueber 7— 9	8	1097	15355	1185	9	1060	12700	1060
- 9—12	16	1119	17352	1174	28	1088	18204	1146
- 12—15	28	1183	21315	1323	19	1161	20123	1221
- 15—18	11	1186	26286	1326	28	1140	24194	1363
- 18—21	11	1235	30510	1484	13	1256	24506	1349
- 21—25	10	1316	38906	1523	8	1334	39304	1541
- 25—40	2	1185	41950	1685	5	1263	48710	1633
Summa	88	1167	25144	1331	117	1171	25064	1284

Ich habe versucht das Verhältniss von Hirngewicht etc. zwischen epileptischen und nicht epileptischen Geistesschwachen klar zu legen. Es zeigt sich, dass im Ganzen zwischen beiden kein nennenswerther regelmässiger Unterschied vorhanden ist, wenigstens verhalten sich die einzel-

nen Altersklassen nicht gleich. Jedoch ist soviel klar, dass die epileptischen Geistesschwachen ein etwas geringeres Gesammt-Durchschnittshirngewicht haben, wie die nicht epileptischen, andererseits aber im Vortheil sind bezüglich des Körpergewichts und der Körpergrösse. *Tigges* hat bei den Epileptikern ein grösseres Hirngewicht gefunden, wie bei Geistesschwachen, aber er versteht unter Epileptikern sowohl die mit angeborener wie mit erworbener Epilepsie, sowohl die reinen Epileptiker, wie die epileptischen Geistesschwachen. Das scheint mir jedoch für unsere Berechnungen nicht ganz zulässig, denn es giebt doch manche Epileptiker, die geistesgesund bleiben, und bei manchen Epileptikern tritt die Geistesschwäche erst so spät hinzu, dass ein Einfluss dieser Geistesschwäche (und Epilepsie) nicht verglichen werden kann mit dem Einfluss, den von Geburt oder frühester Kindheit an vorhandene Geistesschwäche auf die Weiterentwickelung ausübt! Bei den geistesschwachen Epileptikern ist die Geistesschwäche Folge der in gewissen Fällen durch die Epilepsie herbeigeführten Schädigung des Gehirns; bei den epileptischen Geistesschwachen ist doch in den meisten Fällen beides auf dieselbe Grundlage zurückzuführen. Deshalb halte ich es doch für richtiger für Berechnungen, wie die vorliegenden, die geistesschwachen Epileptiker zu den Epileptikern, die epileptischen Geistesschwachen aber zu den Geistesschwachen zu zählen. Bei *Bartels* verfügen die Epileptiker ebenfalls über ein grösseres Hirngewicht, jedoch ist hier nicht zu ersehen, ob die Trennung im obigen Sinne vorgenommen ist, vielmehr wahrscheinlich, dass es nicht geschah, da bei älteren in die Irrenanstalt aufgenommenen Individuen öfter auch nicht sicher zu unterscheiden sein dürfte, ob die Epilepsie oder die Geistesschwäche zuerst hervorgetreten ist. Die von mir gewünschte Trennung ist auch von *Jensen* (l. c.) aufrecht erhalten, und auch er findet, dass die epileptischen Geistesschwachen ein geringeres Hirngewicht haben (1233 g), wie die nicht epileptischen (1296 g), während die übrigen Epileptiker ein grösseres Hirngewicht (1314 g) darboten.

Ich füge zum Schlusse noch einige Curven bei, die vielleicht die hauptsächlichsten der geschilderten Verhältnisse übersichtlicher zur Anschauung bringen, wie es in Tabellenform geschehen kann.

Die Sitzung wurde hierauf geschlossen.

Nächste Vereinssitzung am 1. Mai 1890 im Hôtel Kasten in Hannover. Nachmittags 4 Uhr. Dr. *Tannen.*

43. ord. Versammlung des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 22. Juni 1889 zu Bonn.

Anwesend die Herren: *Behrendt*, *Besser*, *Brümmer*, *Buddeberg*, *v. Ehrenwall*, *Hertz*, *Heyden*, *Hoestermann* (Andernach), *Kessler*, *Levison*, *Nötel*, *Oebeke*, *Pelman*, *Peretti*, *Schmitz*, *Schreiber*, *Schulz*, *Thomsen*.

Als Gäste die Herren: Dr. *Erlenmeyer*-Bendorf, Dr. *Kerris*-Merzig und Dr. *Lührmann*-Bonn.

Als Mitglieder wurden in den Verein aufgenommen: Dr. *Brümmer* in Düren und Dr. *Kessler* in Grafenberg.

Der II. Vorsitzende *Hertz* eröffnete die Sitzung mit dem Hinweis auf den schweren Verlust, den der Verein durch das Hinscheiden seines Vorsitzenden, Herrn Geheimen Medizinalrath Professor Dr. *Nasse* erlitten hat, und schilderte auf Grund sorgfältigster Nachforschungen das Leben, Wirken und Schaffen des unvergesslichen Verstorbenen in eingehender Rede, die unter dem Titel: „Mittheilungen über den Bildungsgang und die Wirksamkeit *Werner Nasse*'s in der Psychiatrie" bereits veröffentlicht worden ist.

Am Schlusse der Rede ehrten die Anwesenden das Andenken des Dahingeschiedenen durch Erheben von den Sitzen.

Unter lebhafter Zustimmung der Versammlung sprach *Pelman* dem Redner den Dank für die mühevolle und verdienstvolle Arbeit aus.

Dr. *Buddeberg*: „Ueber die akut verlaufende depressive Form der Dementia paralytica."

B. berichtete über 5 in kurzer Zeit hintereinander beobachtete Fälle der depressiven Form der Paralyse. Sämmtliche Kranke boten beim Eintritt in die Anstalt das klassische Bild der agitirten Melancholie dar, nur bei 3 Fällen war ausserdem eine gewisse Abnahme des Gedächtnisses aufgefallen. Die Kranken jammerten laut über ihr Elend, rangen verzweifelt die Hände, liefen unstät herum, äusserten Selbstmordideen und verweigerten die Nahrung; hypochondrische Klagen wurden seltener geäussert. Nach kurzer Zeit nun entwickelten sich bei sämmtlichen Fällen Zeichen einer tieferen organischen Läsion des Gehirns, wie Differenz und Starre der Pupillen, Paresen etc. Der Stuhlgang war meist auffallend hartnäckig retardirt. Zu den Lähmungserscheinungen gesellte sich eine rapide Abnahme der geistigen Fähigkeiten, der Ernährungszustand ging erheblich zurück und unter Eintritt von intercurrenten, meist fieberhaften Processen nahm die Krankheit im Verlauf von wenigen Monaten — nur ein Fall dauerte 11 Monate — ihr tödtliches Ende. Bei 4 Fällen wurde die Obduction gemacht; bei sämmtlichen Gehirnen fanden sich die deutlichen Zeichen einer ganz acuten Encephalitis, die Rindensubstanz war zum Theil schon atrophisch. Eine cystoide Degeneration der Rindensubstanz, wie sie

Schüle und *Ripping* als charakteristisch für die besprochene Form beschreiben, wurde nicht beobachtet. — Was die ätiologischen Momente angeht, so ist zu bemerken, dass unter 5 Fällen 4 erblich belastet waren; neben Trauma capitis schienen geistige Ueberanstrengung und Arbeit am Feuer wichtige, prädisponirende Momente zu sein, doch ist die Reihe der beobachteten Fälle zu beschränkt, als dass es möglich wäre, für die Aetiologie genaue Schlüsse zu ziehen. Die Beobachtungen betrafen nur Männer. — In Betreff der Behandlung ist vor gewaltsamer Fütterung nicht genug zu warnen; die Nahrungsverweigerung ist nicht nur durch die psychische Verstimmung, sondern oft auch durch Veränderungen im Darmkanal, wie Knickungen im Colon, bedingt, und es würden sich gründliche Ausspülungen des Darmes bei Obstipation und Nahrungsverweigerung empfehlen.

An der sich anschliessenden Discussion betheiligten sich *Pelman*, der die vom Vortragenden angeführten Fälle aus eigener Beobachtung kannte und auf die auffallende Uebereinstimmung der in kurzer Zeitfolge nach einander zur Aufnahme gekommenen Fälle hinwies, sowie *Thomsen* und *Oebeke*, welche die in den letzten Jahren anscheinend zunehmende Häufigkeit der depressiven und dementen Form der Paralyse im Gegensatz zu der classischen mit Exaltation einhergehenden Form betonten. —

Sodann wurde zum Vorsitzenden des Vereins Geheim. Medicinalrath Professor Dr. *Pelman* gewählt.

Der bisherige Schriftführer, Sanitätsrath Dr. *Ripping*, hatte brieflich mitgetheilt, dass er sein Amt aus Gesundheitsrücksichten niederlege; auf Antrag *Pelman*'s sprach die Versammlung demselben für die langjährige Wirksamkeit ihren Dank aus und übertrug es dem II. Vorsitzenden, diesen Dank im Namen des Vereins an Sanitätsrath Dr. *Ripping* zu übermitteln. Zu dessen Nachfolger wurde Dr. *Peretti* gewählt.

---

44. ord. Versammlung des psychiatr. Vereins der Rheinprovinz am 9. November 1889 in Bonn.

Anwesend die Mitglieder: *Behrendt*, *Brie*, *Brosius*, *Buddeberg*, *v. Ehrenwall*, *Eickholt*, *Elsperger*, *Erlenmeyer*, *Füth*, *Hertz*, *Heyden*, *Kny*, *Levison*, *Nötel*, *Oebeke*, *Pelman*, *Peretti*, *Schmitz*, *Schröter*, *Schultze*, *Thomsen*, *Tigges* und *Winckler*.

Als Gast: Dr. *Longard* aus Bonn.

Entschuldigt: *Bastelberger*, *Finkelnburg*, *Jehn*, *Langreuter*, *Ripping*.

Der Vorsitzende eröffnete die Sitzung mit den Mittheilungen, dass der Beschluss der letzten Versammlung, dem bisherigen Schriftführer *Ripping*

durch den II. Vorsitzenden den Dank des Vereins für die jahrelange Verwaltung des Schriftführeramtes auszudrücken, vollführt worden ist, und dass er persönlich Herrn Sanitätsrath Dr. *Zartmann* in Bonn bei Gelegenheit des 60jährigen Doctorjubiläums die Glückwünsche des Vereins überbracht hat.

Auf Anregung des Vorsitzenden beschloss die Versammlung, Herrn Geheimrath Dr. *Snell*, Director der Irrenanstalt in Hildesheim zu seinem 50jährigen Doctorjubiläum am 30. November cr. im Hinblick auf die Verdienste, die derselbe sich bei der Errichtung der rheinischen Provinzial-Irrenanstalten durch die Bearbeitung der Pläne für die Anstalt zu Andernach erworben hat, durch den Vorstand eine Glückwunschadresse übersenden zu lassen, sowie Herrn Director Dr. *Hasse* in Königslutter zu seinem 25jährigen Director-Jubiläum am 1. Januar 1890 telegraphisch zu beglückwünschen.

Der Vorsitzende theilte ferner mit, dass der Gedanke angeregt worden sei, von dem verstorbenen Vorsitzenden des Vereins, Geheimrath Dr. *Nasse* in der Bonner Provinzial-Irrenanstalt eine Büste aufzustellen. Die Versammlung nahm diesen Gedanken sehr sympathisch auf und beschloss, dem Vorstand aufzutragen, der Sache näher zu treten und ihm das Recht zu geben, im Namen des Vereins einen etwaigen Aufruf zu Beiträgen mit zu unterzeichnen.

Nachdem der Schriftführer Rechnung gelegt und Entlastung ertheilt worden war, wurden als neue Mitglieder aufgenommen:

Erlenmeyer-Bendorf, *Kerris*-Merzig, *Kny*, *Lührmann*, *Schultze*-Bonn und *Winckler*-Andernach.

Es folgten nun die angekündigten Vorträge.

Professor *Schultze* demonstrirte an einem zwölfjährigen Knaben eine Lähmung und Atrophie der von den Nerv. ulnar. und median. versorgten Muskeln der Hände, welche vor 2 Jahren begonnen hat, stetig zunahm und links mehr ausgeprägt ist, als rechts. Die Muskeln der Vorderarme sind ebenfalls etwas atrophirt, während die sonstige Körpermusculatur keine Abnormitäten zeigt. Sensibilitätsstörungen sind weder an den gelähmten Theilen noch sonst vorhanden, die Sehnenreflexe sind normal. An den atrophirten Muskeln ist Entartungsreaction nachzuweisen. Ein ätiologisches Moment konnte nicht eruirt werden, doch ist beachtenswerth, dass der Vater des Patienten an einer ähnlichen Affection der Hände gelitten haben soll, während die Geschwister davon frei sind. Ohne die Möglichkeit, dass es sich in diesem Falle um eine durch isolirte Erkrankung der Vorderhörner des Rückenmarks bedingte Muskelatrophie handelt, ganz von der Hand zu weisen, glaubt *Schultze* annehmen zu dürfen, dass eine primär myopathische Form des Muskelatrophie vorliegt, und dass also, während diese juvenile Form gewöhnlich an den Schultern beginnt, bei dem vorgestellten Patienten die Atrophie auffallender Weise an den Händen angefangen hat.

Elsperger fragte, ob Lues im Spiele sei, worauf *Schultze* erwiderte, dass darüber Nichts bekannt sei, da der Vater nicht mehr lebe.

von Ehrenwall. Ueber Entführung von Geisteskranken aus Irrenanstalten.

An der Hand mehrerer aus der Literatur gesammelter Fälle thut *von Ehrenwall* dar, dass eine Anstalt gegen die Entführung eines Geisteskranken, selbst wenn derselbe entmündigt ist, keines gesetzlichen Schutzes geniesst, da das Strafgesetzbuch nur die Entführung einer minderjährigen Person mit Strafen bedroht, und er beantragt, dass der Vorstand des Vereins Schritte zur Herbeiführung geeigneter Maassnahmen thun solle.

In der Discussion, an der sich *Oebeke*, *Elsperger* und der Vorsitzende betheiligte, wurde hervorgehoben, dass, wenn auch, wie aus dem Vortrage sich ergab, in Göttingen ein Wärter, weil er einem Kranken die Thüre aufschloss, wegen Hausfriedensbruchs bestraft wurde, dies in allen Fällen gleicher Art kaum geschehen würde, und dass ein gesetzlicher Schutz gegen die Untreue des Wartpersonals nicht besteht, der Wärter allenfalls aus dem Dienste entlassen werden kann.

Dem Vorschlag des Vorsitzenden, der Verein möge den Vorstand ermächtigen, in einer demnächstigen Sitzung des Vereins der Deutschen Irrenärzte die Besprechung der Sache anzuregen, damit weiteres Material beigebracht werde, stimmte die Versammlung zu.

Brie demonstrirte das Gehirn einer an Paralyse (luetische Grundlage) gestorbenen Frau; dasselbe zeigte über dem vorderen Abschnitt der rechten Hemisphäre die auffallende und bisher nur in verhältnissmässig wenigen Fällen beschriebene Veränderung, dass mit der Pia bei leichtem Zuge die ganze Hirnrinde von der Marksubstanz sich abschälte und die Marksubstanz in festen scharfkantigen Leisten freilag. Die Rinde war äusserst weich und härtete sich auch in Chromsalzlösung nicht. Betheiligt waren der grösste Theil der Stirnwindungen an der Convexität und Basis, der unterste Theil der Centralwindungen, die erste Temperalwindung und die Inselwindungen.

Brie referirte im Anschlusse an diese Demonstration über die Fälle von sogenannter Decortication, welche *Baillarger* und *Rey* beschrieben haben, und ging dann des Näheren auf die makroskopischen und mikroskopischen Befunde von *Tuczek* ein, welcher bei seinen Fällen von Degeneration der Markleiste auch verschiedentlich die in Rede stehende Veränderung beobachtet und die Originalabbildungen und einige Präparate dem Vortragenden zur Verfügung gestellt hatte. Ob auch in dem demonstrirten Falle von Decortication die von *Tuczek* gefundenen Veränderungen (Degenerationszone zwischen Mark und Rinde) zu Grunde liegen, wird die mikroskopische Untersuchung ergeben.

Schultze fragte, ob nicht die Untersuchung eine Erkrankung der ge-

sammten Rindenarterien ergeben habe und sich dadurch die Erweichung erklären liesse, ähnlich wie dies bei Syphilis beobachtet werde.

Brie erwiderte, dass eine auffallend starke Gefässentwicklung und Kernwucherung um die Gefässe gefunden worden sei, aber keine Gefässobliteration.

Thomsen, Ueber die practische Bedeutung der Syphilis-Paralyse-Frage[1]).

In der sich an diesen Vortrag anschliessenden Discussion machte *Schultze* darauf aufmerksam, dass bei anämischen und in der Gesammternährung herabgekommenen Individuen ein Degeneriren der Hinterstränge des Rückenmarks beobachtet worden sei, und dass sich vielleicht auf diese Weise bei den in ihrer Ernährung gestörten Paralytikern die Degeneration der Hinterstränge erklären liesse; es würde also doch fraglich sein, ob man die vom Vortragenden als Hinterstrangparalyse bezeichnete Erscheinungsform der Paralyse einfach als eine tabische Form bezeichnen dürfe.

Oebeke fand ebenso wie der Vortragende bei 24 Paralytikern der besseren Stände 62 pCt. mit früherer Syphilis; von einer Schmierkur sah *Oebeke* keine günstige Einwirkung, nach hohen Gaben von Jodkalium beobachtete er mehrmals Erregungszustände. Dass bei Tabikern eine antiluetische Kur oftmals von Erfolg ist, mag daran liegen, dass die Patienten bei dieser Krankheit früher in Behandlung kommen, als bei der Paralyse.

Tigges erwähnte, dass von den geistig gesunden Männern in den Berliner Krankenhäusern 13—14 pCt. syphilitisch seien und also nach den Zahlen von *Thomsen* und *Oebeke* die Syphilitischen ungefähr 5 mal mehr in Bezug auf Paralyse gefährdet seien.

Thomsen äusserte die Ueberzeugung, dass der Fortschritt in der Therapie des Tabes, wie er durch die Erkennung des causalen Zusammenhanges dieser Krankheit mit der Syphilis zu Wege gekommen sei, auf die Paralyse keinen Bezug habe, und dass er mit Sicherheit sagen könne, Niemand der Anwesenden habe durch eine antisyphilitische Kur einen Paralytiker geheilt. — Gegenüber *Schultze* erwähnte *Thomsen*, dass bei den Paralytikern die tabischen Erscheinungen nicht erst durch die Störung der Ernährung herbeigeführt werden, da das Erlöschen des Patellarsehnenreflexes schon sehr frühzeitig beobachtet werde.

Pelman machte auf die *Rieger*'sche Arbeit in den *Schmidt*'schen Jahrbüchern aufmerksam, in welcher durch mathematische Formeln der Nachweis versucht würde, dass ein Syphilitischer 17mal mehr Chancen hat, paralytisch zu werden, als ein Nichtsyphilitischer. — Das practische Ergebniss wäre das, dass selbst die Gewissheit der syphilitischen Grundlage

---

[1]) cf. d. Heft S. 615.

kein Recht zur Schmierkur bei einem Paralytiker gebe, dass dieselbe vielmehr nur Nachtheile bringe.

Nach Festsetzung der nächsten Versammlung auf den 14. Juni 1890 wurde die Sitzung geschlossen. *Peretti.*

---

67. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14. December 1889.

Es nahmen Theil die Herren: *Benno*-Karlsfeld, *Cramer*-Eberswalde, *Edel*-Charlottenburg, *Gigglberger*-Eberswalde, *Goldstein*-Gr. Lichterfelde, *Guttstadt* und *Jastrowitz*-Berlin, *Laehr* jun.-Schweizerhof, *Laehr* sen.-Zehlendorf, *Liebe*-Schweizerhof, *Matusch*-Sachsenberg, *Moeli*-Dalldorf, *Neuendorf*-Bernburg, *Otto* und *Richter*-Dalldorf, *Roller*-Brake, *Rothe*-Dalldorf, *Sander*-Dalldorf, *Wendt*-Berlin, *Zenker*-Bergquell.

Der Vorsitzende *Laehr* sen. theilt mit, dass die Herren *Ideler*, *Schroeter*, *Schuchard*, *Kahlbaum*, *Knecht* und *Müller* ihr Fernbleiben brieflich entschuldigt haben. Letzterem, der das Hochzeitsfest seiner Tochter an diesem Tage feiert, beschliesst der Verein telegraphisch seinen Glückwunsch zu übermitteln.

Hierauf berichtet der Vorsitzende im Anschluss an seine Mittheilungen in dieser Zeitschrift (Bd. 46 S. 545) über den derzeitigen Stand der Vorbereitungen zum internationalen Congress der Aerzte im Jahre 1890 und regt den Beschluss des Vereins an, mit der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie zu Berlin in gemeinschaftliche Berathung über diesen Gegenstand zu treten. Der Verein ermächtigt ihn, die dazu nöthigen Schritte zu thun.

Dr. *Zenker*-Bergquell, Castration wegen Geistesstörung.

Ich berichte in Kürze über einen Fall von Geistesstörung, der dadurch interessant geworden ist, dass als ultimum refugium der Therapie Castration der betr. Frau vorgenommen wurde.

Frau B., 1848 geboren, ohne erhebliche Erblichkeitsmomente (nur die Mutter soll nervös sein), hat sich gut entwickelt, war gut geartet, gut begabt und wuchs unter günstigen Verhältnissen (ihr Vater war Geistlicher) auf. Die Periode trat spät bei ihr ein, und Bleichsucht begleitete das Eintreten, kehrte auch später gern zurück.

Sie verheirathete sich mit 23 Jahren an einen Mann, der als erheblich nervös geschildert wird, lebte jedoch in ganz glücklicher Ehe, gebar acht Kinder und erkrankte zuerst an leichter melancholischer Verstimmung

während der Schwangerschaft mit dem ersten Kinde. In der Lactationsperiode beim vierten Kinde 1877 trat ein ernsterer Anfall ein; sie war dann mehrere Monate in Schweizerhof, kehrte von da gesund, aber, wie der Ehemann sagt, im Charakter verändert heim.

Zu Weihnachten 1886 kam sie in eine Heilanstalt nach Pankow, nachdem sich wieder Störungen, namentlich Stimmenhören, eingestellt hatten. Als sie von da ungeheilt, aber etwas gebessert, zurückgekehrt war, starben ihr nach einander 3 Kinder an der Diphtherie, und nun brach bei ihr der Krankheitssturm los. Evidente Hallucinationen, namentlich des Gehörs, doch auch des Gesichts und der übrigen Sinne kamen bei ihr zum herrschenden Einfluss. Frau B. wurde erregt, misstrauisch, eifersüchtig, heftig gegen die Umgebung, namentlich gegen den Ehemann und musste rasch in die Anstalt überführt werden.

Am 4. Juli 1887 gelangte sie deshalb nach Bergquell und verblieb daselbst zwei Jahre lang. An ihrem körperlichen Ergehen waren kaum Ausstellungen zu machen, doch erschien sie immer blass; die übliche Einwirkung mittelst Eisen, Wein und roborirender Diät etc. hat die offenbare Blutarmuth nie ganz zu beseitigen vermocht. Der psychische Zustand der Kranken blieb in seinen Grundzügen unverändert derselbe. Als echte Hallucinantin beschäftigte sich Fr. B. hauptsächlich mit dem, was ihr die Sinnestäuschungen vorspiegelten; sie sah und hörte andere Personen, namentlich ihre Angehörigen, zumeist ihre Kinder als Leidende, Gequälte, Misshandelte und den Ehemann, ihre Brüder, auch andere Personen, z. B. ihre Aerzte, als deren Peiniger. Wegen der schändlichen geschlechtlichen Misshandlungen, die, wie sie wähnte, an ihren Töchtern in den Kellern der Anstalt vorgenommen wurden, gerieth sie dann in sehr heftige Wuthausbrüche, in denen sie schrie und tobte, in den allerobscönsten Ausdrücken schimpfte, Jedermann bedrohte und auch thätlich wurde. Man sah sie häufig, wie sie mit wildem Gesichtsausdruck in eine Ecke ihres Zimmers stierte und dann ausrief: „da ist er wieder, der gemeine Kerl, der Wollüstling, jetzt hat er seine Dirnen wieder um sich, und seine Frau lässt er im Irrenhause". In der That, das muss constatirt werden, bewegte sich der Inhalt der Täuschungen und aller Wahngebilde bei ihr vorwiegend auf dem sexuellen, erotischen Gebiete.

Wenn die Frau einmal ruhig und gesammelt war, dann vermochte sie verständig zu reden und zu handeln, ihr Gedächtniss war treu und man musste auch nach dem Bestehen der Krankheit von mehr als Jahresdauer zugestehen, dass psychische Defecte von Erheblichkeit nicht eingetreten waren. Der körperliche Zustand der Frau aber bot nichts Besonderes dar, nur ein gewisser Grad von Blutarmuth war, wie erwähnt, vorhanden und blieb bestehen. Insbesondere verdient hervorgehoben zu werden, dass auch von Seiten der Sexual-Organe keine bemerkenswerthe Anomalie oder Erscheinungen abnormen Functionirens wahrzunehmen waren.

Nachdem die Frau über $1^1/_2$ Jahre in der Anstalt Bergquell gewesen

war, ohne dass Besserung eingetreten oder das Krankheitsbild sich im Wesentlichen verändert hätte, wurde von dem Bruder der Kranken, der Arzt ist, die Frage angeregt, ob von einer Behandlung der inneren Geschlechtstheile derselben nicht ein Vortheil zu erwarten sei. Derselbe machte geltend, dass jede anderweitige Behandlung bislang ohne Erfolg gewesen sei, dass bei ihr sich das gesammte Wahnleben nebst allen Sinnestäuschungen fortgesetzt um einen durchaus sexuell gefärbten Kernpunkt drehe und dass, wie ich auch zugestehen musste, psychische Schwäche und definitive Unheilbarkeit noch nicht als bestehend anzunehmen sei. Deshalb und weil man sagen müsse, dass die Aussichten auf ein spontanes Verklingen der vorhandenen Hirnreizungs-Erscheinungen sehr gering seien, erscheine es geboten oder doch erlaubt und sei deshalb zu versuchen, eine operative Behandlung derjenigen Körpertheile vorzunehmen, von denen anscheinend die Reizung des centralen Nervensystems ausgehe.

Nachdem der Bruder der Kranken noch einen Berliner Gynäkologen um Rath gefragt hatte, der sich dahin aussprach, dass man zuerst eine Entfernung der Vaginal-Portion und, wenn diese keinen Nutzen schaffe, noch die der Ovarien vornehmen könne, traten wir in Gemeinschaft mit dem Stettiner Operateur *H. Sch.* der Sache näher. Letzterer lehnte jede Operation an der Vaginal-Portion als voraussichtlich ganz nutzlos ab, ich selbst erklärte, dass ich mir von der Vornahme auch der Castration der Frau keinen wesentlichen Nutzen verspreche, da ich annehmen müsse, dass das in sich erkrankte Gehirn auch nach der erfolgten Ausschaltung der Ovarial-Functionen, selbst dann, wenn diese etwa centrale Reizungen verursacht und unterhalten haben sollten, dennoch fortfahren werde, abnorm zu functioniren. Der Bruder der Kranken verblieb bei seiner hoffnungsvollen Auffassung des einzuschlagenden Verfahrens, die übrigen Angehörigen der Frau gaben ihre Einwilligung zu der Operation, und so wurde dieselbe, und zwar die Castration, im Juli 1889 zu Bethanien in Stettin vorgenommen.

Der erwähnte Chirurg entledigte sich seiner Aufgabe mit grossem Geschick und was die Wunde und Wundbehandlung anbelangt, mit bestem Erfolge. Nach geschehener Eröffnung der Bauchhöhle wurden beide Ovarien unterbunden und herausgeschnitten; die Blutung war nicht sehr erheblich, Complicationen kamen nicht hinzu, insbesondere erwies sich der Uterus mit allen Adnexen als völlig normal; so ging auch Alles während und nach der Operation gut von statten, und es erfolgte Wundverheilung per prim. intent.

Was die Einwirkung der Operation auf den Geisteszustand der Kranken anbelangt, so machte sich die Umgebung derselben zuerst die Illusion, es sei ein Erfolg eingetreten. Patientin war einige Zeit lang nach der Operation recht bleich, schwach und abgespannt, sie sprach wenig, redete jedoch im Ganzen verständig, zeigte sich sanfter und theilnehmender, selbst dankbar und freundlich gegen ihre Pflegerinnen. In dem Maasse jedoch, wie

sie den Choc, den Blutverlust und die Hinfälligkeit überwand, kehrte ihr früheres Verhalten, die frühere Reaction auf dieselben Hallucinationen und Wahnideen bei ihr zurück. Nachdem sie wieder zu Kräften gekommen und in Privatpflege gegeben worden war, erwies sich ihr Verhalten, ihr Reden und Thun ganz nach der Art, wie man es in Bergquell fortdauernd zu beobachten gehabt hatte. Da sie zudem mit der alten Schneidigkeit die heftigsten Scenen verursachte, laut, störend, drohend und selbst wieder thätlich gegen andere Personen wurde, so blieb nichts weiter übrig, als sie von neuem einer Irrenanstalt zuzuführen. Gegenwärtig noch ist sie in einer Provinzial-Anstalt, und auch da soll dem Vernehmen nach ihr Zustand unverändert sein und keine Aussichten darbieten.

Es handelt sich hier um einen Fall, der in mehr als einer Beziehung von wissenschaftlichem Interesse ist. Die Literatur enthält zwar eine Reihe von Fällen, in denen man, um den Störungen im Nervensystem beizukommen, an den Geschlechts-Organen erkrankter Frauen Operationen vornahm. *Baker Brown* zuerst versuchte es mit der Entfernung der Clitoris, nachher zeitigte die antiseptische Methode und allgemeine Operationslust alle die tieferen operativen Eingriffe, bei denen dann, soweit unsere Fälle in Frage kommen, mehr die Ovarien als der Uterus in Angriff genommen wurden. Grossentheils waren es Personen mit palpablen örtlichen Krankheits-Erscheinungen, mit Tumoren, Entzündungs- und Degenerations-Zuständen an den inneren Sexual-Organen, für die, wenn gleichzeitig auch nervöse und psychische Krankheits-Symptome vorlagen, die Methode der örtlichen, operativen Behandlung so zu sagen sich aufdrängte.

Die überwiegende Anzahl der auf die in Frage stehende Art behandelten Frauen mögen jedoch hysterische gewesen sein, von denen nicht wenige sich dem Operateur geradezu mit Gewalt aufnöthigten. Auch hier waren es die Ovarien, deren theilweise oder gänzliche Entfernuug zugleich das Nerven- resp. Gehirnleiden beseitigen sollte. Nicht so häufig scheinen mir die an übrigens gesunden, nicht örtlich erkrankten und nicht hysterischen, aber geistesgestörten Weibern vorgenommenen tiefer greifenden Operationen, namentlich die verstümmelnde Operation der vollständigen Castration zu sein. Man schreckte im allgemeinen doch wohl davor zurück, auf rein theoretische Betrachtungen hin dieselbe bei sonst kerngesunden Geschlechtstheilen an Frauen, die nicht einmal um ihre Einwilligung gefragt wurden, vorzunehmen. Irre ich nicht, so haben sich grade die Psychiater dabei skeptisch und ablehnend verhalten, wie ich glaube, mit vollem Rechte.

Auch in meinem Falle lag die Sache so, dass ich die Angelegenheit zuerst ausweichend und dilatorisch behandelte, nachher meine Bedenken geltend machte und endlich nach der Operation, die ich nicht verhindern konnte, die Resultatlosigkeit derselben feststellte. Wenn wir nun auch zugeben müssen, dass in unserem Falle nur noch geringe Aussichten auf Heilung der Psychose vorhanden waren, als man zu der mehr erwähnten

Operation schritt, wenn wir demnach zugestehen wollen, dass kein therapeutisches Unrecht damit geschehen sei, so halte ich andrerseits doch für recht wichtig, dass auch die Fälle mit negativem Erfolge der Literatur einverleibt werden, damit der Arzt mit der Zeit in den Stand gesetzt werde, auf Grund des vorliegenden Materials sich vorkommenden Falls entscheiden zu können, ob er der Castration geistesgestörter Weiber mit gesunden Geschlechts-Organen beipflichten darf oder nicht.

Dass Fälle, wie der eben vorgetragene, in der Beziehung nicht sonderlich ermuthigend wirken, liegt auf der Hand. In der That muss man sagen, dass die Irrenärzte allen Grund haben, auf dem Gebiete vor der Hand noch bei ihrer Reserve zu verharren; denn auch die meisten der in der Literatur vorhandenen Fälle, die dem unsrigen an die Seite gestellt werden können, sind entweder keine sogen. reinen Fälle oder trotz aller Belobigung doch nicht von ganz reinem Erfolge gewesen, oder aber sie sind zum Theil nach psychiatrischen Begriffen nicht ausgiebig und lange genug auf das Endresultat hin beobachtet worden. Damit soll nicht bestritten werden, dass der operativen Gynäkologie immer noch Raum zu ihrer Thätigkeit auch in unseren Anstalten verbleiben wird. Doch liegt es in der Natur der Stellung und Pflicht des Irrenarztes, dass er für seine Kranken und die bei deren Behandlung gewonnenen Resultate nur seinen Maassstab gelten lässt, und mit diesem gemessen, erscheinen alle Erfolge der in Frage stehenden Operationen noch nicht sehr belangreich.

Discussion. Hr. *Richter* macht auf den 1884 von Prof. *Flechsig* in Leipzig gehaltenen Vortrag aufmerksam, der im Verein mit der ihm folgenden Discussion vorläufig nicht viel von diesbezüglichen chirurgischen Eingriffen versprechen lässt.

Hr. *Benno* theilt mit, dass ein Fall von schwerer Hysterie mit epileptoiden Anfällen, welcher Jahre lang den Aufenthalt in der Irrenanstalt wegen maniakalischer Erregungszustände und Neigung zu Suicidium nöthig machte, nach Castration günstig verlief. Anfänglich geringe Besserung (3 mal wiederkehrende menstruelle Blutungen), seit 3 Jahren dauernde, erhebliche Besserung. Pat. vermag den Haushalt zu führen und gesellschaftlich zu repräsentiren.

Hr. *Neuendorff* hat die gegentheilige Beobachtung wie Hr. *Benno* gemacht. Bei einem seit 17 Jahren schwer hysterischen älteren Mädchen, das jedesmal zur Zeit der Menstruation an abnormen Empfindungen an den Sexualorganen, Hyperästhesie der Scheide und starken Erregungszuständen litt, wurde vom Hausarzte, um durch die Beseitigung der Menstruation die Beschwerden zu heben, die Castration vorgeschlagen und 2 Jahre vor Eintritt in die Anstalt gemacht. Der Erfolg war ein negativer. Die Kranke grübelte nun darüber, dass ihr ein wesentliches Organ fehle, sie hielt sich nicht mehr für einen vollwerthigen Menschen, bekam Lebensüberdruss

und wurde schliesslich wegen Suicid. der Anstalt zugeführt, in der sie gestorben ist.

Hr. *Wendt* führt an, dass *Kroemer*-Neustadt-W.-Pr. in seinem letzten Jahresbericht 3 Fälle kurz erwähnt, in denen bei ihm die Laparotomie gemacht wurde. Es handelte sich bei denselben um hysterisch-epileptische und epileptische Anfälle, nach der Operation sei in einem Falle eine Besserung eingetreten, in den anderen beiden werde eine solche erhofft. Ausführliche Mittheilungen über die Krankheitsfälle fehlen leider.

Hr. *Richter*: Ein eventueller Erfolg bei Hysterischen, die nach dieser Richtung operirt wurden, darf nicht zu hoch angeschlagen werden, da Hysterische, auch wenn sie Jahre lang schwer krank waren, nicht selten nach ganz anderen Dingen genesen.

Laehr sen. macht darauf aufmerksam, dass bei den jetzigen Fortschritten der operativen Chirurgie die letztere, wie in den übrigen Zweigen der Heilkunde z. B. der Gynäkologie, Otologie etc. neue Bahnen der Behandlung auch für die Psychiatrie eröffnet habe. Wie oft wird jetzt zur Lokalbehandlung des Gehirnes die Schädeleröffnung und zwar mit Erfolg vorgenommen! Wie immer im Beginn solcher Periode wird es eine Zeit dauern, ehe die der Sachlage entsprechende Indication zu operativem Eingriff aus der Erfahrung festgestellt ist. Dem Vortr. selbst sind wiederholt Fälle von auswärts mit der Anfrage angemeldet worden, ob er bei der vorhandenen Psychose die Laparotomie vornehmen wolle. In einem Falle, wo er sie machen liess, war der Erfolg ebenfalls nur ein vorübergehender. Den Misserfolgen stehen aus der Literatur eine Reihe von Erfolgen gegenüber. Die Zeit werde darüber Klarheit geben. Wenn aber der operative Eingriff sich als so gefahrlos erweist, wie er hingestellt wird, so könne er unter Umständen schon deshalb wünschenswerth sein, weil er die Conception verhindert. Man brauche deshalb nicht jedes Mal, wie ein College in Amerika vorschlägt, bei jedem Psychisch-Kranken die Castration vorzunehmen, um die Zahl der Kranken durch Beseitigung der hereditären Anlage wesentlich zu vermindern. In den Erfolgen bei Hysterischen meine auch er, dass eine grössere Skepsis sich rechtfertige.

A. Cramer-Eberswalde, Faserschwund nach Insolation[1]).

Eine 52jährige Arbeiterfrau, hereditär für Geistes- und Nervenkrankheiten nicht belastet, syphilitisch nicht inficirt, früher immer gesund, arbeitete kurz nach Pfingsten dieses Jahres an einem sehr heissen Tage mit unbedecktem Haupte auf dem Felde. Am Abend fühlte sie sich „so steif in allen Gliedern, dass sie kaum nach Hause gehen konnte". Ein am nächsten Tage hinzugerufener Arzt constatirte ein „Hitzeeczem"

---

[1]) Ausführliche Publication in den Beiträgen zur pathologischen Anatomie von *Ziegler*.

an beiden Füssen und ausserdem auch eine nicht unerhebliche psychische Veränderung, welche sich zunächst in Depressionserscheinungen, verbunden mit Unfähigkeit zu arbeiten, kund gab und bald, nach etwa 14 Tagen, in hochgradige bis zum Delirium sich steigernde Erregung umschlug. Dieser Zustand hielt unverändert an bis zur Aufnahme in die Anstalt am 13. August 1889. Auch in der Anstalt selbst blieb das Verhalten im Wesentlichen dasselbe. Durch genauere Untersuchung wurde noch Ungleichheit der Pupillen, Verstärkung der Patellarreflexe, herabgesetzte Sensibilität und Schmerzempfindlichkeit constatirt. Am 10. September, also 3 Monate nach der Insolation, Exitus letalis ohne besonders auffallende Erscheinungen. Die Section liess am Gehirn (1273 g) und Rückenmark, abgesehen von starkem Blutreichthum, keinerlei Abnormitäten makroskopisch erkennen. Im Uebrigen fand sich eine doppelseitige adhäsive Pleuritis, Lungenödem und eine braune Atrophie des Herzens.

Aus dem Grosshirn wurden kleine Stückchen aus den oberen Stirnwindungen, aus den oberen Schläfenwindungen, aus den vorderen Centralwindungen und aus den Hinterhauptslappen in Osmiumsäure gehärtet und nach der Exner'schen Methode untersucht. In allen Schnitten fand sich ein mehr oder weniger ausgesprochener Faserschwund, der aber nicht auf einzelne Schichten der Hirnrinde beschränkt war, sondern regellos bald die eine, bald die andere Schicht ergriffen hatte. Das übrige Grosshirn und das Rückenmark wurde in *Müller*'scher Flüssigkeit gehärtet und nach *Pal* untersucht. Bei der Untersuchung wurde darauf geachtet, dass mindestens aus jedem Quadratzoll der Hirnrinde ein Stück untersucht wurde, um einen einigermaassen genauen Ueberblick über die Ausdehnung des Faserschwundes zu gewinnen. Es stellte sich nun heraus, dass keine Windung der grauen Hirnrinde vom Faserschwund verschont geblieben war, überall war wenigstens in einer Schicht ein mässiger Schwund der Fasern zu bemerken. Im Allgemeinen betraf dieser Schwund der Hauptsache nach blos eine der beiden äusseren Schichten, und nur im Gyr. occipit. sinist. und Gyr. fornicatus waren auch die intermediären Fasern in grösserer Menge zu Grund gegangen. In verhältnissmässig geringem Grade waren die Central- und Hinterhauptswindungen betroffen. Das Zwischengewebe und das Verhalten der Ganglienzellen- und Gefässe wurde an Ammoniak-Carminpräparaten studirt. Eine Veränderung der Ganglienzellen konnte in keinen der mehr als 200 Schnitte nachgewiesen werden, ebenso fehlte jede Veränderung an den Gefässen, abgesehen von einem Capillar-Aneurysma, welches sich in einem Schnitte aus der rechten oberen Schläfenwindung fand. (Die Gefässe an der Basis waren ebenfalls intact.) Auch interstitielle Veränderungen fehlten, wenn man nicht eine geringe Zahl ganz isolirter Spinnenzellen, welche sich in einzelnen Schnitten fanden, als den Ausdruck einer Veränderung des Zwischengewebes auffassen will. Ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten dieser wenigen Spinnenzellen und der Ausdehnung des Faserschwundes liess sich an keiner Stelle nach-

weisen. Im Kleinhirn fand sich ebenfalls Faserschwund und zwar in der Körnerschicht der Rinde, nicht aber im Corpus dentatum. Die Fasern in den Stammganglien, in Pons und Medulla oblongata liessen sich gut darstellen, selbst die feinsten die Ganglienzellen der Körner umspielenden Fäserchen treten deutlich hervor. Im Rückenmark fand sich eine namentlich in den Hintersträngen deutlicher ausgesprochene Veränderung, welche im Wesentlichen in einer Verbreiterung und Quellung der Glia, und in Untergang einzelner Markscheiden und Axencylinder bestand. Die vorliegende Beobachtung bietet weniger klinisches (denn dass an eine Insolation eine Psychose sich anschliessen kann, ist bekannt), als pathologisch-anatomisches Interesse, in dem sie uns einerseits den Kreis der Krankheiten, bei welchen Faserschwund bis jetzt überhaupt beobachtet ist, erweitert, andrerseits aber auch einen Beitrag bringt zu der Lehre, dass der Faserschwund unter Umständen primär auftreten kann.

Gegen den eventuell zu erhebenden Einwand, dass der soeben geschilderte Fall lediglich als eine Paralyse aufzufassen sei, bei welcher die Insolation die Gelegenheitsursache abgegeben habe, hebt *C.* hervor, dass Pat. weder syphilitisch inficirt war noch mit erschwerten Existenzbedingungen zu kämpfen hatte, dass Pat. bis zu dem Moment, wo die Krankheit direct im Anschluss an die Insolation plötzlich einsetzte, immer ganz gesund war, dass ferner der rapide, rasche Verlauf der Krankheit selbst, der anhaltende delirante Zustand eine namentlich für die Paralyse bei Frauen sehr seltene Verlaufsart ist, und dass schliesslich auch das verhältnissmässig hohe Alter der Kranken gegen eine allgemeine Paralyse spricht.

Zu der Frage, in wie weit nun der Faserschwund mit der Insolation in Zusammenhang zu bringen ist, bemerkt *C.*, dass die nächste Wirkung der Insolation auf den Körper im Allgemeinen in einer Störung der Wärmeregulation zu suchen ist, welche letztere wiederum, wie die Sectionsergebnisse von direct am Tage der Insolation Verstorbenen ergaben, in nicht unerheblicher Weise gerade das Gehirn afficirt (z. Th. erhebliche Hyperämie und Oedeme). Auch andere Erkrankungen, welche im Anschluss an eine Insolation beobachte wurden, weisen auf das Centralnervensystem hin (Starrsucht, Xantopsie, Tetanus, Trismus, Hirnabscess, allgemeine Lähmung, Paraplegie etc.). Wenn man nun weiter erwägt, dass die feinen markhaltigen Nervenfasern beim Menschen sich zuletzt entwickeln, also auch im Hinblick auf andere Thatsachen eine Neigung haben werden, bei einwirkenden Schädlichkeiten in erster Linie zu degeneriren, und ferner sich erinnert, dass *Baehr* bei 5 geisteskranken Potatoren ebenfalls Faserschwund fand, so liegt es nahe, auch in diesem Falle den Faserschwund auf die durch die Insolation gesetzte Schädlichkeit zurückzuführen. Die klinischen Erscheinungen eines hochgradig deliranten Zustandes würden sich ungezwungen aus dem mehr oder minder plötzlichen Ausfall einer grossen Reihe von Associationswegen erklären.

Dr. *Otto*-Dalldorf, Ueber Pseudobulbärparalyse.

Das nicht gerade seltene Vorkommen von Erscheinungen der Glossopharyngo-Labialparalyse bei Geisteskranken besonders in den Siechenabtheilungen, veranlasst mich dieselben in unserer Gesellschaft zum Gegenstand einer Mittheilung zu machen, mit besonderer Rücksicht auf ihre anatomischen Unterlagen, nachdem ich selbst im Lauf der letzten Jahre 4 Fälle zu beobachten und bis jetzt 3 davon zu seciren Gelegenheit hatte. Für die freundliche Ueberlassung des Materials sage ich Herrn Director Dr. *Moeli* meinen besten Dank. Den Herren Collegen *Oppenheim* und *Siemerling* bin ich zu Dank verpflichtet für die Freundlichkeit, mit der dieselben mir einen Einblick in ihre früheren Krankheitsgeschichten, dieselben Fälle betreffend, gestatteten.

Der Symptomencomplex der Glossopharyngo-Labialparalyse kommt bekanntlich bei chronischen Erkrankungen der Bulbärkerne (*Duchenne*), ferner bei acuten entzündlichen oder circulatorischen Störungen (Haemorrhagia, Embolie etc.), endlich bei Compression des Bulbus durch Geschwülste, Aneurysmen vor. Im Bulbus selbst lassen sich in diesen Fällen stets pathologisch-anatomische Veränderungen nachweisen. Gewisse Beobachtungen haben aber erwiesen, dass derselbe Symptomencomplex auch ohne eine anatomische Veränderung des Bulbus und seiner nächsten Nachbarschaft, der Brücke, vorkommen kann, und haben zur Aufstellung des Begriffes der Pseudobulbärparalyse geführt. Es handelt sich in diesen Fällen um Heerde in den Grosshirnhemisphären, besonders in den basalen Ganglien, während bei der genauesten Untersuchung auch mikroskopisch keine Veränderungen an der Brücke und dem verlängerten Mark zu finden sind. Diese reinen Fälle von Pseudobulbärparalyse oder cerebraler Glossopharyngo-Labialparalyse sind bei einer kritischen Durchsicht der Literatur selten. Sie entwickelten sich im Geleit von Schlaganfällen, zeigen klinisch den bulbären Symptomencomplex, Dysarthrie, Dysphagie, Lähmung der Mundfaciales, der Zunge, des Gaumensegels, bulbäres Lachen und Weinen, daneben zuweilen Lähmungen der einen oder beider Körperhälften, Beeinträchtigung der Intelligenz, während Respirations-, Circulations- und Kehlkopfstörungen fehlen, keine Atrophie der betheiligten Muskeln eintritt und die elektrische Erregbarkeit derselben nicht verändert ist. Neben dieser reinen Form der Pseudobulbärparalyse oder der cerebralen Glossopharyngo-Labialparalyse, welche selten vorkommt — und meist in Atheromatose mit ihren Folgezuständen begründet ist, giebt es eine andere häufigere Form von Glossopharyngo-Labialparalyse, welche als Theilerscheinung eines grösseren Symptomencomplexes auf Grund von Atheromatose auftritt und neben Heerden im Grosshirn auch Heerde, wenn auch zuweilen nur mikroskopische, in der Brücke und dem verlängerten Mark aufweist. Zu den Fällen dieser Art mögen unter anderen manche der nicht genauer untersuchten Fälle von vermeintlich reiner Pseudobulbärparalyse gehören. Der denselben angehörende Symptomencomplex ist neuerdings auf Grund von 4 neuen Fällen

von *Oppenheim* und *Siemerling*[1]) genauer beschrieben und charakterisirt worden und das stete Vorhandensein wenn auch nur mikroskopischer Heerde in Brücke und verlängertem Mark hervorgehoben worden. Es liegt also anatomisch eine Mischform vor und zwar eine cerebro-bulbäre Glosso-pharyngo-Labialparalyse. Klinisch zeigen sich nach denselben Autoren neben Arteriosklerose Lähmung des Mundfacialis, der Zunge, Schlingbeschwerden, bulbäres Lachen und Weinen, zuweilen Extremitätenlähmungen und Affection des Opticus, gewöhnlich Circulations-, Respirations- und Kehlkopfsstörungen, eventuell Aphasie, Hemianopsie, psychische Störungen; Atrophie der betreffenden Muskeln und Veränderung der elektrischen Erregbarkeit wird nicht beobachtet.

Die anatomischen Befunde in den Fällen genannter Autoren bestehen in Erweichungsheerden in den basalen Ganglien auf Grund von Atheromatose und oft nur mikroskopischen Erweichungsheerden zweimal in der oberen Brücke, zweimal auch noch im verlängerten Mark, absteigender Degeneration, Opticusatrophie, während die Nervenkerne und Wurzeln im verlängerten Mark und in der Brücke intact waren.

Die von mir beobachteten Fälle gehören auch nach den Ergebnissen einer genauen anatomischen Untersuchung zum Theil an Serienschnitten der zuletzt genannten Mischform der cerebro-bulbären Glosso-pharyngo-labialparalyse an und beweisen wieder einmal die Seltenheit der reinen, cerebralen Pseudobulbärparalyse. Bevor ich gewisse Einzelheiten im klinischen und anatomischen Verhalten derselben hervorhebe, will ich die Fälle kurz schildern.

Der erste Fall betrifft eine 67jährige Frau (D. 303). Dieselbe hatte in den letzten Jahren wiederholt Schlaganfälle gehabt, an welche sich eine linksseitige Hemiplegie und Demenz anschloss. Aus dem Siechenhaus kam sie 1887 wegen Unruhe zur Charité und war hier zum Theil auf der Nervenabtheilung, zum Theil auf der Abtheilung für Geisteskranke, dann kam sie nach Dalldorf. Es bestanden Erscheinungen von Atheromatose, keine Gefässgeräusche in der Nackengegend. Pat. lag auf der linken Seite und führte die nothwendigen Bewegungen mit der rechten Hand aus. Der Gesichtsausdruck hatte etwas Starres, bei geringen Anlässen trat bulbäres Weinen auf, in lautloser Weise, mit abnorm langdauernder Anspannung der Gesichtsmuskulatur. Die Sprache war näselnd, die Zunge wich nach links ab. Die Stirn wurde gleichmässig in Falten gelegt, der Augenschluss war rechts kräftiger als links. Die seitlichen Endstellungen der Bulbi wurden nur mühsam unter leichten Zuckungen erreicht, während die Pupillenreaction erhalten war. Die Lippen wurden beim Versuch den Mund zu spitzen und beim Sprechen nur wenig bewegt, das Gaumensegel war beim Intoniren und Kitzeln fast unbeweglich. Schlucken und Schlingen ging sehr langsam. Die faradische Erregbarkeit im Facialisgebiet

[1]) Charité-Annalen. XII. Jahrgang.

war erhalten, es bestanden daselbst keine Atrophien. Respirationsbeschwerden waren nicht vorhanden. In der linken Oberextremität bestand eine Contractur, desgleichen in beiden Beinen. Das Kniephänomen war gesteigert. Mit Unterstützung konnte Pat. sich langsam vorwärts bewegen. In der hiesigen Anstalt änderte sich im Verlauf wenig. Die Demenz nahm zu, es trat Unsauberkeit auf. Einfaches Heben des linken Armes und Beines war möglich. Die Sensibilität erwies sich intact, Hemianopsie war nicht nachweisbar, ophthalmoskopisch (*Uhthoff*) war nichts Pathologisches vorhanden. Schluck- und Schlingbeschwerden mässigen Grades bestanden neben den übrigen Lähmungserscheinungen fort, Respirations-, Circulations-, Temperatur- und Kehlkopfstörungen kamen nicht zur Beobachtung.

Der Tod trat Anfangs 1888 in Folge von Brustfellentzündung ein. Es fand sich ausserdem eine chronische interstitielle Nephritis, braune Atrophie des Herzens, Arteriosklerose, Arachnitis spinalis ossificans, Trübung der weichen Hirnhaut und Hirnatrophie.

Die Hirngefässe waren stark verkalkt und zum Theil erweitert. Es bestand ein Aneurysma der Basilararterie. Die hintere Hälfte der genannten Arterie zeigte eine bedeutende Erweiterung, indem sie sich zugleich bogenförmig über die linke Ponshälfte herumschlug und dort einen deutlichen Eindruck hervorrief, welcher vom linken Brückenarm bis zum rechten Hirnschenkel in seinen Ausläufern sich erstreckte und eine deutliche Asymmetrie der Brücke hervorrief. (Abbildung.)

Der grösste Durchmesser des Aneurysmas betrug 1,3 cm in einer Länge von etwa $3^1/_2$ cm, während der Durchmesser der oberen Basilaris 8 mm (normal $2^1/_2$ mm), derjenige der rechten Vertebralis 5 mm (normal $2^1/_5$ mm), der linken Vertebralis 6 mm (normal fast 3 mm) betrug. Aufgeschnitten zeigte das Aneurysma ein lockeres, nirgends adhärentes Blutgerinnsel. (Demonstration des Präparates.) In der rechten Kleinhirnhemisphäre war ein frischer Bluterguss. Rechts zwischen Linsenkern und Claustrum befand sich eine Cyste, links im Linsenkern waren einige kleine Erweichungsheerde.

Auf Serienschnitten und Behandlung mit Glycerin, Kalium resp. Carmin fand sich in der oberen Brückengegend rechterseits im Gebiet der Pyramiden und zwar nach dem inneren und oberen Rande hin auf dem Querschnitt ein Erweichungsheerd, welcher auch makroskopisch auffiel am gehärteten Präparat (Müller'sche Lösung) durch seine hellere Farbe. Er hatte die Grösse einer Linse und bestand aus Fettkörnchenzellen und Fettkrystallen etc.

Von den Bündeln der rechten Pyramiden waren nur wenige nach aussen und unten erhalten.

Im inneren Endtheil der Schleife befand sich ein kleiner, ziemlich frischer Bluterguss. Ausserdem fand sich absteigende, nicht ganz vollkommene Degeneration der rechten Brückenpyramiden etc., der linken

Hinterseitenstränge des Rückenmarks, während an den Kernen und Nervenwurzeln der Medulla keine Veränderungen nachzuweisen waren, insbesondere auch keine Druckatrophien in Folge des Aneurysmas an der Brücke und dem verlängerten Mark bestanden.

Im zweiten Fall bestanden bei einer 64jährigen Frau (S. 1599), welche in den letzten Jahren wiederholt bewusstlos war oder nicht sprechen konnte, die Erscheinungen von Demenz. Sie kam Ende 1887 zur Charité und starb im März 1888 in Dalldorf. Sie lag zu Bett, ging nur mit Unterstützung, der Gang war langsam, breitbeinig, sie hob die Füsse wenig vom Boden ab. Die Kniephänomene waren gesteigert, in den Unterextremitäten bestanden keine Spasmen, in den Oberextremitäten war bei passiven Bewegungen ein Widerstand in den Gelenken zu fühlen. Die Bewegungen der Arme und Beine waren beiderseits kraftlos. Die Gesichtszüge hatten etwas Starres, bei jeglichen Anlässen erfolgte in lautloser Weise ein langdauerndes krampfhaftes Weinen, seltener ein derartiges Lachen. Die Zunge wich nach links ab, die Bewegungen der Lippen waren schwerfällig und beschränkt, die Sprache war näselnd und undeutlich articulirt, der Gaumen hob sich beim Phoniren nicht, es bestanden Schling- und Schluckbeshwerden, aber keine Atrophie oder Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit (Inductionsstrom). Respirations-, Circulations- und Kehlkopfstörungen kamen in der kurzen Beobachtungszeit nicht vor. An den Augen fand sich ophthalmoskopisch (*Uhthoff*) eine Veränderung der rechten Papille, welche blasser als normal war. Im Allgemeinen bestanden Erscheinungen der Arteriosklerose. Der Tod erfolgte an Lungenentzündung im Verlauf einer Gangraena vulvae. Es fand sich Herzhypertrophie, chronische interstitielle Nephritis, Endocarditis verrucosa, Arteriosclerosis chronica, Trübung der Hirnhäute. Es waren ferner in beiden Streifenhügeln Erweichungsheerde vorhanden. Im oberen Theil der Brücke konnte man mit blossem Auge beiderseits in der Mitte der Geflechte der Brücken- und Pyramidenfasern kleine Erweichungsheerde sehen. Die weitere Untersuchung auf Serienschnitten ergab nichts in der Brücke, Medulla und Rückenmark.

Der dritte Fall betrifft eine 56jährige Frau (M. 648), welche sicher Lues hatte, im 50. Lebensjahre einen Ohnmachtsanfall mit Bewusstseinspause bekam und seit dem 52. Lebensjahre eine zunehmende Sprachstörung und Schluckbeschwerden hatte. Auch wurde sie kurzathmig und dement, hatte anfangs hypochondrische Wahnideen, später ab und zu Erregungszustände, Sinnestäuschungen, Selbstmordideen. Seit 1885 war sie unter vorübergehenden Besserungen meist in der Charité resp. in Dalldorf und starb Ende 1887. Es bestanden Erscheinungen von Arteriosklerose, Lues, Herzhypertrophie, Lungenerweiterung intra vitam. Der Puls war frequent, die Respiration unregelmässig mit hörbaren Inspirationsgeräuschen. Die Sprache war stark näselnd, das Gaumensegel wenig beweglich. Patientin musste vor jedem Wort inspiriren, es bestand eine exspiratorische Schwäche und rasche Ermüdbarkeit, so dass die Sprache ganz undeutlich wurde. Die

Articulation war mangelhaft. Das Lachen wurde abnorm lange Zeit fortgesetzt, das Weinen war krampfartig, es waren dabei inspiratorische Stridorlaute, nachher ein langgezogenes exspiratorisches Geräusch, wobei der Puls frequenter wurde. Beim Schlucken entwich Flüssigkeit in die Nase und feste Speisen wurden schwer heruntergebracht.

Die Zunge wich nach links ab, die Lippenmusculatur wirkte bei verschiedenen Thätigkeiten nur ganz schwach. Ophthalmoskopisch (*Uhthoff*) und laryngoskopisch (*Krause*) war nichts Pathologisches zu finden. Die grobe Kraft war in den Ober- und Unterextremitäten, links mehr als rechts herabgesetzt. Die Sehnenphänomen waren gesteigert und leichte spastische Erscheinungen vorhanden. Atrophien und Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit liessen sich nicht nachweisen. Ab und zu traten Schwindelanfälle auf. Es bestand das Romberg'sche Phänomen, Sensibilitätsstörungen waren nicht vorhanden, ausser einer Herabsetzung an der Epiglottis. Bei der Section fand sich ein Fremdkörper (Pflaume) hinter der Epiglottis (Erstickungstod durch Verschlucken), Lungenödem und Emphysem, Arteriosklerose auch der Herz- und Gehirngefässe, Klappenveränderungen, Herzhypertrophie, chronische Nephritis und Nephritis interstitialis, Gallenstein, eine alte Narbe in der linken Niere und schliesslich multiple Erweichungsheerde in den basalen Ganglien, in den Hirnschenkeln und in der Brücke, von verschiedener Grösse, die Medulla ist makroskopisch ohne Erweichungsheerde. Die mikroskopische Untersuchung, welche vielleicht noch manche kleinste Heerde in der Medulla nachweisen wird, steht noch aus. Die Heerde in Brücke und Hirnschenkel sind klein und liegen in der Gegend der mittleren Brücke links in den transversalen Ponsfasern, rechts neben dem hinteren Längsbündel, im Gebiet des rechten Hirnschenkels ebendaselbst, sowie in der Gegend des rothen Kernes und der Substantia nigra. Absteigende Degeneration ist im Rückenmark nicht nachweisbar, auch lässt sich eine Erkrankung der Kerne resp. Nervenwurzeln in der Medulla nach dem klinischen Befunde nicht erwarten.

Im vierten Falle handelt es sich um eine noch lebende 50jährige Frau (K. 1021), bei der Lues wohl sicher vorhanden ist, aber Erscheinungen von Arteriosklerose äusserlich fehlen. Sie wurde 1886 linksseitig gelähmt und dement, besserte sich 1887 körperlich, kam dann wieder mit bulbären Erscheinungen und stärkerer linksseitiger Lähmung, besserte sich nochmals, um nach wiederholten Schlaganfällen eine rechtsseitige Hemiplegie zu behalten. Es bestehen daneben deutliche bulbäre Erscheinungen zur Zeit, ohne dass die elektrische Erregbarkeit verändert ist oder Atrophien eingetreten sind. Ophthalmoskopisch (*Uhthoff*) ist nichts Abnormes vorhanden. Bis jetzt sind auch keine Respirations-, Circulations-, Temperatur- oder Kehlkopfstörungen vorgekommen. Auch dieser Fall dürfte der Mischform der cerebro-bulbären Glossopharyngo-Labialparalyse zuzuzählen sein und ich werde die anatomischen Befunde wohl später zu geben in der Lage sein.

Fassen wir das Wesentliche an den 4 Fällen kurz zusammen, so lag

in 3 obducirten Fällen eine schwere Arteriosklerose vor, dabei einmal Lues, im vierten lebenden ist bis jetzt Lues wohl sicher vorhanden. Am Herz, den Nieren und Lungen bestanden meist schwere Veränderungen, Hypertrophie des Herzens, Erkrankung der Coronararterien, Klappenveränderungen, chronische Nephritis, Emphysem. Die Psyche war stets geschädigt, es bestand dreimal einfache Demenz, einmal dabei hypochondrische Ideen, Sinnestäuschungen, Selbstmordideen. Es darf auch nicht Wunder nehmen, dass sich in unseren Fällen, die wiederholte Attacken des Grosshirns aufweisen, deutliche Veränderungen der Psyche entwickelt haben, wenn auch hervorgehoben zu werden verdient, dass die wirklich vorhandenen psychischen Defecte vielfach nicht so bedeutend zu sein schienen, als man nach der äusseren Erscheinung und Aeusserungsweise der Kranken erwarten durfte. Für die psychiatrische Beurtheilung frischerer Fälle dürfte diese Incongruenz manchmal von Bedeutung sein und weiterhin eine besondere Beachtung in allen derartigen Fällen verdienen. Aphasie und Hemianopsie wurden nicht beobachtet. Ophthalmoskopisch bestand in den 4 Fällen nur einmal eine Veränderung und zwar eine Blässe der rechten Papille im zweiten Falle. Bulbäres Lachen und Weinen, Störungen der Sprache, besonders der Articulation, der Lippen, Zunge, Gaumen, Schling- und Schluckstörungen, ohne Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit und ohne Atrophien waren gewöhnlich vorhanden. Respirations- und Circulationsstörungen kamen nur in einem Fall zur Beobachtung. Dieser dritte Fall aber war durch schwere Herz-, Lungen- und Nierenerkrankung complicirt. In den übrigen Fällen bestanden während der Beobachtungszeit derartige Störungen nicht. Die Extremitäten waren in 2 Fällen halbseitig gelähmt, in einem dieser Fälle war vorher schon die andere Seite gelähmt gewesen, in den zwei anderen Fällen waren nur Erscheinungen doppelseitiger Schwäche.

Durch das seltene Hervortreten ophthalmoskopisch wahrnehmbarer Veränderungen an Sehnerven, sowie durch das Fehlen von Respirations-, Circulations- und Kehlkopfstörungen in den meisten der heute mitgetheilten Fälle weichen dieselben von den von *Oppenheim* und *Siemerling* beschriebenen ab. In den früheren Fällen wurden Störungen letzterer Art meist nur gegen das Ende beobachtet, auf die Augen nur wenig geachtet.

Von der chronischen Bulbärparalyse (*Duchenne*) unterscheidet sich die in Rede stehende Erkrankung diagnostisch durch das Fehlen von Atrophien und Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, durch die schubweise apoplectiforme Entwickelung und die grossen Schwankungen im Verlauf, welcher immer mehrere Jahre umfasste, ferner auch durch das Vorhandensein psychischer Veränderungen, welches Moment auch zur Unterscheidung von apoplectischer Erkrankung des Bulbus allein von Wichtigkeit ist.

Die pathologisch-anatomische Grundlage der nervösen und psychischen Störungen war auch in unseren drei obducirten Fällen stets die Arteriosklerose mit ihren Folgezuständen. Es fanden sich Erweichungsheerde im

Grosshirn, den basalen Ganglien und der Brücke. Die letzteren waren sehr klein, zum Theil nur mikroskopisch erkennbar. In zwei Fällen war die Medulla frei von Heerden, die Nervenkerne und Wurzeln erwiesen sich intact, im dritten steht die Untersuchung noch aus. Entsprechende secundäre Degeneration der Pyramiden war im ersten Fall vorhanden.

Diese Befunde beweisen also auf's Neue, dass die reine cerebrale Pseudobulbärparalyse seltener ist als die gemischte Form der cerebro-bulbären Glossopharyngo-Labialparalyse.

Zum Schluss gestatte ich mir hinsichtlich des Aneurysma der Arteria basilaris im ersten Fall noch zu bemerken, dass eine Diagnose desselben bei Fehlen von Nackengeräuschen nicht wohl zu stellen war, und dass es auch bei dem Vorhandensein insbesondere des Heerdes in der rechten Brücke und Fehlen von Druckerweichungen und Thrombosirung mit dem beobachteten Symptomencomplex wohl nicht in Zusammenhang zu bringen ist. Das *Griesinger*'sche Aneurysma [2. Fall *Griesinger*'s [1])], welches ich dem meinigen in Abbildung beigefügt habe, hat grosse Aehnlichkeit und verlief, wie manchmal andere grössere, auch symptomlos.

Dr. *Roller*-Brake, Ueber das erbliche Irresein[2]).

Die Frage nach der Erblichkeit ist eine der wichtigsten, wenn nicht die wichtigste, in der Aetiologie des Irreseins. Entschieden kann sie schliesslich nur auf statistischem Wege werden. Die 1877 für die in den Preuss. Anstalten damals verpflegten 10676 Geisteskranken gefundenen 30 pCt. sind jedenfalls zu niedrig. Die Angaben schwanken im Uebrigen zwischen 4 und 90 pCt. *R.* fand in der Anstalt Brake bei Lemgo unter 277 Kranken bei 58 directe Erblichkeit, bei 51 indirecte, bei 17 etwas entferntere hereditäre Momente, zusammen bei 126 = 45,50 pCt. Bei 104 waren die hereditären Verhältnisse unbekannt. Wird Heredität bei 46 derselben angenommen, so ergiebt sich die Zahl von 172 oder etwa 62 pCt. Geleugnet war Heredität bei 47. *R.* glaubt der Ansicht *Bollinger*'s folgen zu sollen, dass bei Beurtheilung erblicher pathologischer Zustände die Grenzen möglichst weit zu ziehen, der Gesundheitszustand auch entfernter Blutsverwandter zu berücksichtigen sei. Er hat übrigens Phthise in der Ascendenz nicht berücksichtigt, beabsichtigt aber auch diese zu verwerthen. Die 62 pCt. sind jedenfalls zu wenig, denn bei genauer Nachforschung wird Heredität oft, ja meistens in Fällen, in welchen sie vorher unbekannt, gefunden, auch in solchen, in welchen sie geleugnet war, selbst in ärztlichen Krankheitsberichten.

Bei Betrachtung des erblichen Irreseins ist der Weg auffallend, den die psychopathologische Infection auf ihrer Wanderung von den Vorfahren

---

[1]) *Griesinger*'s gesammelte Abhandlungen. Bd. I, S. 480.

[2]) Eine ausführlichere Bearbeitung des Gegenstandes, auch mit Literaturnachweisen und Casuistik, wird vorbehalten.

zu den Nachkommen geht. Es kann bei Intactheit zahlreicher Geschwister vielleicht ein Kind erkranken, die Mehrzahl kann geisteskrank werden, die Minderheit normal bleiben. In 48 Fällen unter den 277 ist Erkrankung von Geschwistern gefunden worden.

Eigenthümlich ist der Weg auch insofern, als der Atavismus auf diesem Gebiete eine Thatsache ist. In einem Falle war die erbliche Belastung einer blödsinnigen (ursprünglich begabten), auch körperlich degenerirten Kranken zurückzuführen auf Epilepsie der mütterlichen Grossmutter, Tabes des mütterlichen Grossvaters, während die dazwischen liegende Generation frei blieb, abgesehen von Phthisis bei 2 Schwestern der Mutter.

Die Schwere der Erkrankung bei hereditären Fällen ist verschieden. Bekanntlich heilen die einzelnen Anfälle oft besonders leicht, recidiviren aber auch leicht. Im Allgemeinen freilich ist bei schwerer Heredität der Verlauf ungünstig, doch giebt es auch da Ausnahmen.

Für das pathogenetische Verständniss des erblichen Irreseins wichtig ist die Verschiedenheit der Formen, in welchen es häufig auftritt. Andererseits kommt auch Uebereinstimmung vor, besonders beim inductiven Irresein. Bei Zwillingschwestern wurde ein bei beiden vorhandener, eigenthümlich localisirter motorischer Reizvorgang beobachtet. Bei an Verfolgungswahn leidenden Schwestern ist Uebereinstimmung der Wahnideen bis in's Einzelne vorhanden.

Die Zeichen des erblichen Irreseins verlieren an Werth, wenn das Irresein in der Mehrzahl der Fälle erblich ist, sie behalten ihn aber für die Fälle schwererer Heredität. *R.* fand weniger die sonst angegebene psychische Schwäche mit einzelnen Talenten und Anlagen, vielmehr häufig ursprüngliche Begabung mit oder ohne neuro- oder psychopathologische Momente und mehrfach statt des sonstigen langsamen Verlaufes jähen Absturz mit raschem Uebergang in psychischen Verfall. Der Fall eines jungen Mannes wird angeführt, bei dem der unvermittelte Ausbruch der Geistesstörung auf Grund der Heredität auffällig hervortrat.

Vielleicht sind es besonders schwerere Fälle von erblichem Irresein, bei welchen die anscheinend spinalen Sensationen (die Nerven sind Telegraphendrähte u. dgl.), die bizarren motorischen Erscheinungen beim einfachen Irresein, und die Hallucinationen mit anscheinend reflectorischer motorischer Reaction zu beobachten sind. Dies bedarf genauerer Feststellung.

Die Mehrzahl der Fälle von Geistesstörung ist wohl auf erbliche Disposition zurückzuführen. Gewiss giebt es auch eine erworbene Disposition in Folge von somatisch schwächenden und schädigenden Einflüssen. Alkoholistische Geistesstörung scheint, soweit *R.* bis dahin feststellen konnte, wohl nur auf dem Boden vorhandener Disposition zu Psychose zu entstehen. Die psychischen Ursachen möchten ihre Bedeutung nur bei vorhandener Disposition haben. *R.* citirt eine Ausführung von *Marandon de Montyel*, die sich entschieden gegen die Aufstellung psychischer Ursachen wendet.

R. kommt zu folgenden Sätzen: Es ist wahrscheinlich, dass die Geistesstörung sich nur auf dem Boden vorhandener Disposition entwickelt. Die Disposition ist entweder erblich oder erworben. Die erbliche ist die häufigste. Die psychischen Ursachen kommen nur in Betracht, insofern sie als Gelegenheitsursachen bei vorhandener Disposition wirken.

Discussion. Hr. *Richter*: Von der Statistik haben wir durchaus keine Förderung dieser Frage zu erwarten, wie der Vortr. zu Anfang hervorhob; die alten Irrenärzte, welche keine so ausgebreitete Statistik trieben, wussten über diese Sache bereits gerade so viel wie wir, trotz der über ganze Länder erhobenen Statistik. Ebensowenig wie wir uns die Erblichkeit äusserer Aehnlichkeit in den Familien vorläufig erklären können, ebensowenig können wir uns jetzt die pathologische Aehnlichkeit resp. Erblichkeit erklären, wir müssen uns aber bemühen, dies auf mechanische Verhältnisse zurückzuführen, und die Einzelforschung hat hier ihre Thätigkeit zu entfalten. Welchen unbestrittenen Werth hat z. B. der Gesichtspunkt, den *Meynert* hervorgehoben hat, bei der Erblichkeitsfrage die Aufmerksamkeit auf die Becken der Mutter zu richten. Oder ich verweise auf die exacte Bearbeitung der Frage des Cretinismus. Aber nur nicht allgemein darf diese Frage betrieben werden; die Leute, die früher über die Ursachen der Erblichkeit der Lungenphthise schrieben, sind nach der Entdeckung des Tuberkelbacillus verstummt!

Hr. *Roller:* Die Einzelbeobachtung wird durch statistische Untersuchungen doch nicht beeinträchtigt. In den angeführten Fällen von *Meynert* handelte es sich eben um erworbene Disposition.

Die Fortsetzung der Discussion wird auf die nächste Sitzung am 15. März vertagt.

Literatur.

Dr. ***Franz Fauth,*** Das Gedächtniss. Studie zu einer Pädagogik auf dem Standpunkt der heutigen Physiologie und Psychologie. Gütersloh 1888. 352 S.

Wir greifen bei der Besprechung dieses gehaltvollen Werks das 6. Buch heraus: „Das Gedächtniss des bewussten Seelenlebens", weil dieses Capitel, wie es uns in den Kern der abgehandelten Materie einführt, so auch die philosophische Stellungnahme des Verf. kennzeichnet. Es werden in demselben nach einander die Fragen behandelt: 1) nach der Aufbewahrung des Gedächtnissinhalts, 2) nach der Reproduction des Vergessenen, 3) nach der Wiedererkennung des Reproducirten. Die Aufbewahrung des Bewusstseinsinhalts erstreckt sich auf die Erhaltung des geistigen Erwerbs an Begriffen, Urtheilen und Schlüssen, Gefühlen und Willensacten. Wenn es als feststehend betrachtet werden darf, dass diesen psychischen Zuständen, als Arten der Bewusstseinsthätigkeit, materielle Erregungen zur Seite gehen (zwar nicht als Ursache, wohl aber als Bedingungen ihres Zustandekommens), so ergiebt sich aus dieser psychophysischen Thatsache, dass die „Gewohnheit" der Materie (d. h. die Uebung durch häufige Function) unentbehrliche Dienste auch für die Reproduction leisten muss. Die Zusammenordnung der Sinnesempfindungen zu logisch einheitlichen Bildern, zu logisch richtiger Verwerthung von Raum und Zeit, zur richtigen Localisation des Theils im Ganzen, des Besonderen im Allgemeinen geschieht (so weit wir bis jetzt zu beurtheilen vermögen) zweifelsohne durch Mitfunction des Gehirns, speciell der grauen Rinde; aber gewiss nicht einseitig durch diese allein; vielmehr ist sie ebenso wesentlich, ja in noch directerer Wirkung, die active, und zwar gesetzmässige, Thätigkeit eines psychischen Princips, der Seele. Für die geistigen Denkvorgänge sind die mitbegleitenden sinnlichen und ästhetischen Gefühle (als Functionen der Sinnesnerven und subcorticalen Centren) ebenso wichtig und bedeutsam, als die Uebung der beim speciellen Denkact betheiligten Gehirnbahnen für die Promptheit des ersteren und für dessen Wiederholung. Dasselbe Verhältniss gegenseitig sich bedingender Beziehung zwischen Nerv und Geist trifft für die Willensäusserungen und für die Gefühle zu. Bei den

letzteren ist die Verflechtung beider Functionen, der körperlichen und der geistigen, eine wohl noch innigere; können sich doch, wie Verf. mit Recht bemerkt, das seelische und das körperliche Gemeingefühl völlig verwischen. Durch die in der eingeübten Nerven- und Gehirnmaterie zurückbleibende Disposition wird die geistige Reproduction erleichtert. Aber ebenso und im eigentlichsten Sinne sind und bleiben die Empfindung selbst, die Vorstellung, die Wollung nur Thaten der appercipirenden Seele. „Die eigenthümliche Thätigkeit, den Reiz als blau zu empfinden, muss die Seele immer selbst vollziehen; es kann somit auch von einer im Unbewusstsein zurückbleibenden „blauen Empfindung" oder „Vorstellung" nie gesprochen werden, sondern nur von restirenden Dispositionen; sowie diese zur Empfindung werden sollen, muss immer die Seele wieder activ eintreten. Sie resp. der Geist ist es, der die Empfindungen und Vorstellungen immer wieder neuschafft, und in seiner Weiterbildung zusammenfasst und ordnet." Den durch Uebung sich einprägenden Nerven- resp. Gehirndispositionen bleiben aber entsprechende Seelenzustände zurück, welche jeden Augenblick bereit sind, als individuelle Gefühls- oder Willenskräfte aufzutreten, sobald irgend ein äusseres oder inneres Object einen Reiz auf das Bewusstsein ausübt. Verfolgen wir nun weiter die vom Geist gesetzmässig vollzogene Zusammenordnung der Vorstellung und Empfindung unter die Kategorien des Bewusstseins (womit immer wieder bestimmte Gefühlsbetonungen einhergehen), so entdeckt sich in diesem Processe zugleich der Grund der Continuität der Bewusstheit als auch der Erinnerung. Fehlt nämlich ein Theil einer solchen geordneten Vorstellungsreihe, verdunkelt er sich, oder geht er vorübergehend verloren: so wirken die übrig gebliebenen Reste als Reiz, und zwar durch die der entschwundenen — vergessenen — Vorstellung anhaftenden Begleitgefühle. Diese bleiben als dunkler, freudiger oder beängstigender Hintergrund in der Seele zurück, und drängen und reizen, bis der geistige Vollbesitz wieder errungen und das befriedigende Gefühl des wiedergewonnenen Ganzen zurückerobert ist. So, am Leitfaden dieser Rest-Gefühle, werden die den letzteren zukommenden Vorstellungen (resp. Vorstellungstheile) wieder in's Bewusstsein gerufen, d. h. reproductiv erzeugt. Dies der Kern der Auffassung des Verfs. — Bei der Reproduction im Speciellen unterscheiden wir eine unwillkürliche (die durch einen von aussen kommenden Reiz eingeleitet wird), und eine willkürliche. Die Gesetze bei beiden sind dieselben. Der Antrieb zur Reproduction geht immer in letzter Instanz aus einem psychischen Grunde hervor: entweder aus dem Verlangen, den Eindruck sinnlich voll zu haben, oder aber aus dem Verlangen, zu einem gegebenen Theil das Ganze zu ergänzen, in dessen Umfang es früher appercipirt war. Empfindungen reproduciren wir durch die Hilfsmittel eigenartiger Begleitgefühle, welche sowohl dem geistigen Localisationsprocess, der sinnlich-ästhetischen Gliederung der Einzelempfindungen anhaften, als auch dem Gefühl des Ganzen, welches die Theilgefühle in sich trägt, deren Richtung und Anschluss bestimmt.

Eine grosse Rolle spielen bei dieser Reproduction der Raum und die Zeit. Beide unterstützen das Gedächtniss bedeutend: was man an Erlebtem genau nach Ort und Datum sich vorstellen kann, wird auch leicht reproducirt. In gleicher Weise unterstützend wirkt die Kategorie des Dings, „als eine Centralkraft, welche die Eigenschaften verschiedener Erscheinungen verbindet, und logisch zusammenhält". Auch hier gehen die Innervationsgefühle der Aufmerksamkeit gleichsam als Eclaireurs voran, während die materiellen Vorgänge in den Hirncentren, von der ersten Perception her, und nicht minder auch die jeweilige Stimmung, die Klarheit des unwillkürlichen Erinnerungsacts gradweise bedingen. So ist es im Gebiet des Empfindens, Anschauens und Vorstellens die freiwerdende ästhetische Lust am Ganzen, welche zur Verbindung und zur Reproduction treibt. — Anders bei dem reproducirten Denken. Hier wird die logische und mathematische Nothwendigkeit, die im Begriff des Allgemeinen steckt, zur zwingenden Hebekraft entschwundener d. h. vergessener Gedankenglieder. Allermeist sind aber damit auch noch ästhetische und sinnliche Reproductionen verbunden, insofern wir selten nur rein logisch oder mathematisch arbeiten (Ref. erinnert dabei an die Bemerkung J. Paul's im Hesperus: „Dass wir wahrscheinlich mehr mit den Sehnerven als mit dem Gehirn denken, da die meisten unserer Vorstellungen auf grundirende Gesichtsbilder aufgetragen sind"). So unterstützen sich die verschiedenen Arten der Reproduction gegenseitig. Zweifellos sind in diesem Gebiete „bestimmte logische Gefühle des Allgemeinen" die treibenden Impulse und leitenden Pfadfinder für das Gedächtniss. Im Grunde ist es, nur auf den einzelnen geistigen Entwickelungsstufen verschieden, immer dasselbe Princip der associativen Einordnung der ästhetischen, der logischen, der sittlichen Gefühle unter ein harmonisches Ganze, welches für die Reproduction zur Hebekraft der verdunkelten Einzeltheile wird. Je beständiger, fester und folgerichtiger nun diese Harmonie in der appercipirenden Seele bestellt ist, desto leichter vollzieht sich auch die Thätigkeit des Gedächtnisses. In gleicher Weise verhält sich die Reproductionskraft des Willens, welche die Reproduction der Vorstellungen und Gefühle voraussetzt. Hier, in den Willenscombinationen, sind aber alle einander zugeordnete Elemente „zielstrebig" von den organischen Bewegungssystemen aufwärts bis zur zweckbewussten That. Und mit dem Zielbewusstsein verknüpft sich die geistige Werthschätzung jedes Willensactes. Sowie nun das „Ziel" wieder in's Bewusstsein tritt, reproducirt es auch die einzelnen Mittel, die aufeinander und auf das Ziel berechnet und je nach ihrem Werthe associirt waren; umgekehrt rufen die in's Bewusstsein tretenden „Mittel" wiederum die „Ziele" wach. Insofern aber in der Ausbildung der Ziele der Charakter des Menschen seine eigene Ausbildung findet, so ist der Charakter in letzter Instanz der Grund des Gedächtnisses und der Reproduction jeder naturgemässen Thätigkeit. „Die treibenden Gefühle jeder Thätigkeit, also auch der reproducirenden, liegen in dem räthselhaften Wesen des Cha-

rakters. Charakter ist so gewissermaassen Gedächtniss; beide bleiben in der Art ihrer Beharrlichkeit, welche bei Festhaltung der Ziele dennoch die Entwickelung zulässt, ein Räthsel, „das Räthsel des Geistes". Bei der Reproduction ist immer die ganze Seelenthätigkeit in Anspruch genommen; sie ist deshalb „ein in sich verschlungenes System aller Seelenkräfte, die sich gegenseitig fördern". Doch kann auch zeitweilig eine Art der Reproduction die andere verhindern, z. B. die Neigung zur logischen Reproduction die ästhetische stören; oder es können mächtige aufsteigende Gefühle hemmend in die gewollte Erinnerung eingreifen etc.

Je einheitlicher deshalb unser Leben bei der fortwährenden täglichen Apperception verarbeitet (je geordneter die Kategorien des Ganzen, des Allgemeinen, des Werthes, des Zieles sich gliedern und durchdringen), um so kräftiger, ungestörter und einheitlicher wird auch die geistige Reproduction unseres Lebensinhalts sein — immer vorausgesetzt, dass diesem geistigen Process eine entsprechende Einübung der materiellen Unterlage parallel geht. „Unbewusstes Gedächtniss und bewusstes Gedächtniss müssen stets Hand in Hand arbeiten."

Man wird dieser Darlegung des Reproductionshergangs seine Anerkennung nicht versagen können. Mit Recht, auch nach des Ref. Ansicht, ist der Modus desselben in's psychologische Gebiet verwiesen, und die Begründung aus der Gesetzmässigkeit des psychischen Processes abgeleitet, wobei nicht minder das Bestreben, auch dem organischen Factor, d. h. der mitbegleitenden Hirnthätigkeit die gebührende Wichtigkeit zu wahren, bestimmten Ausdruck findet. Ob ganz? möchte eine vielleicht nicht ungetheilte Bejahung finden. Dieses Bedenken zeigt sich besonders in der Anwendung der Theorie des Verf.s auf das kranke Seelenleben, dem das 7. Buch gewidmet ist. Mit so vieler und eingehender Sachkenntniss dies auch geschieht, so klingen doch Auffassungen, wie die p. 264, dass „das gesunde Ich, wenn es noch logisches Denken ermöglicht, sich gegen den Wahninhalt (z. B. Grössenwahn) so ablehnend verhalten könne, dass der Wahn nur periodisch auftritt" — dem Ref. entschieden zu einseitig psychologisch. Hier, bei diesen periodischen Wahnepisoden, wie überhaupt bei den periodischen Seelenstörungen, spielt das materielle Element des erkrankten Nervensystems (und im Weiteren sämmtlicher Körperfunctionen) eine so ausgesprochen primär bedingende, ja zwingende Rolle für die Alterationen des Bewusstseins, dass die Ansicht des Verf.s mit den klinischen Thatsachen nicht in Einklang zu bringen sein möchte. Fraglich bleibt auch, inwiefern die Genese der Zwangsvorstellungen (Grübelsucht in Frageform), und der Grund von deren Fixation, sich erklären lässt aus „Uebereinstimmung ihres Gefühlstons mit der krankhaften Gesammtstörung". Diese Erklärung ist gewiss nur bedingt richtig. Dass die höchsten Grade der Melancholie (speciell der attonischen) oft eine wunderbare Apperception die Vorkommnisse in der Umgebung und eine dementsprechende treue Erinnerung ermöglichen, ist — entgegen der Annahme des Verf.s (p. 272)

— eine feststehende klinische Erfahrung. Gewiss erklärt die Störung der Einheit des Bewusstseins, auf ihre letzten psychologischen Elemente zergliedert, die Erscheinungen der Geisteskrankheit — und insofern lassen diese eine Probe auf die Lehre des Verf.s vom Gedächtniss zu — aber das Organische der Nervenkrankheit spielt hier eine so wesentliche und dominirende Rolle, dass jene Probe noch nicht mit wünschenswerther Genauigkeit durchzuführen ist und erst gelingen wird, wenn man zuvor die gegenseitigen Beeinflussungen der beiden maassgebenden Factoren noch genauer abzuwägen gelernt haben wird.

Das folgende, achte, Buch ist der Sprache (physio-psychologisch) und dem sprachlichen Gedächtniss gewidmet. Auch bei letzteren weiss Verf. zu zeigen, wie auf der höchsten Sprachstufe, wo das Wort als Wiederspiegelung von geistigem Leben erscheint, „das zusammenhaltende und die Erinnerung kräftig stützende Associationsgesetz in Kraft tritt". Die Wortbilder sind auf dieser Stufe nicht mehr Erregungen einer Nervenmasse, welche die sinnliche Lautenergie vermittelt, sondern mit Bewusstsein erlebte sinnliche Zustände der Seele; sie sind durchgeistigt. „Aeussere Sprachform und innere Sprachform gelten durch die Gewohnheit des Sprechens uns so sehr als ein Ganzes, dass wenn der erste Theil in's Bewusstsein tritt, sofort durch das dabei sich einstellende Gefühl, welches die ganze Verbindung hervorzurufen pflegte, sich auch der andere Theil in's Bewusstsein herbeigenöthigt fühlt." Diese verbindende Macht gilt nicht nur für einzelne Wörter, sondern auch, und noch mehr, bei ganzen Sätzen und Constructionen. Aus dem befriedigenden Gefühl des Ganzen, das sich aus der Uebereinstimmung der inneren und äusseren Sprachform in einem Satz erzeugt, entsteht das Sprachgefühl. Im Sprachgedächtniss aber, das sich als besondere Begabung für anschauliche und ästhetische, oder für logische Erinnerung äussert, offenbart sich der individuelle Charakter des Menschen (Stil).

Nun folgt im neunten Buch die practische Verwerthung der gewonnenen theoretischen Erkenntnisse. Zuerst werden die Bedingungen des Gedächtnisses besprochen (Begründung der Gesundheit für das Gedächtniss, Erweckung und Regelung der von aussen kommenden Reize, Entwickelung der Aufmerksamkeit), sodann die verschiedenen Arten des Gedächtnisses (Begabung der Schüler, Bildung der sinnlichen Anschauungsfähigkeit, Gefühlsleben und Charakter), im Weiteren deren practische Verwendung und Behandlung im Unterricht erörtert (das Memoriren, das Unterrichten); sodann einige practische Bemerkungen über Sprache und ihr Verhältniss zum Gedächtniss angefügt, endlich die Methodik des Sprachunterrichts besprochen. Den Schluss des Werks bildet ein Excurs über das Schülermaterial (über die Einseitigkeit der verschiedenen Naturen auf dem Gebiet des Vorstellens, Fühlens und Wollens, und deren Folgen im Sprachleben und im Unterricht).

Wir müssen uns versagen, auf das Detail dieser pädagogischen Skizze

einzugehen. Sie zeigt auf jeder Seite im Verf. den practischen, hocherfahrenen und rationellen Schulmann, der sich als Solchen früher schon durch seine Schrift „über die wichtigsten Schulfragen auf dem Boden der Psychologie erörtert" in weiteren Kreisen bekannt gemacht. Für den Pädagogen bildet dieses Schlusscapitel eine Fundgrube von wirklichen „Leitmotiven", gesicherten Unterweisungen, beachtenswerthen Winken.

Auch über die fünf Bücher der Einleitung unseres Werks können wir nur einen orientirenden Blick werfen, da eine genauere Besprechung uns weit über die vorgesteckten Grenzen hinaus führen würde. Die zwei ersten sind der „Historisch-kritischen Orientirung über das unbewusste und über das bewusste Gedächtniss" gewidmet, und behandeln in 12 Capiteln in ebenso klarer als tief eingehender Weise die Anschauungen von *Jessen*, *Draper*, *Ribot*, *Lotze*, *Horwicz*, *Wundt*, *Fouillée*, der *Herbart*'schen Schule, *Steinthal*. Die kritische Auszeichnung speciell des *Lotze*'schen und *Wundt*'schen Standpunkts in der genannten Frage hat den Ref. sympathisch berührt. Das dritte Buch behandelt das „unbewusste Gedächtniss", speciell „das Gedächtniss der sensiblen und der motorischen Nerven"; das vierte Buch „das Bewusstsein und seine Bedingungen"; das fünfte endlich „die Arten des Bewusstseins" als Empfindung, Denken, Gefühl, Wille und die Aufmerksamkeit.

Mit dieser gründlichen Propädeutik hat Verf. seine eigenen Darlegungen, die wir oben zu skizziren versuchten, vorbereitet.

Das *Fauth*'sche Werk ist eine tüchtige, beachtenswerthe Leistung und darf dem Studium eines Jeden, der sich für die darin enthaltene Materie interessirt, bestens empfohlen werden. Die Sprache ist klar, knapp, angemessen und verräth überall den ebenso allseitig orientirten, als speciell in philosophischen und psychologischen Darlegungen gründlich geschulten Autor.

Schüle.

Kleinere Mittheilungen.

Ministerielle Verordnung in Preussen betreffs der Aufnahme städtischer Kranken in einer Privatanstalt. — Mit Bezug auf die Beschwerde des Magistrats zu Stettin vom 16. Juni d. J. theilen wir Ew. Excellenz (Ober-Präsidium der Provinz) ganz ergebenst mit, dass wir den Verfügungen des Regierungs-Präsidenten zu Stettin vom 2. Mai und Ew. Excellenz vom 11. Juni d. J. in der Hauptsache, nämlich in so fern zustimmen, als sie das Verfahren des Kreis-Physicus Dr. *F.*, welcher bei der Revision der Privat-Irrenanstalt „Bergquell" die Bestimmungen in I. 1. e und I. 2. a der Circular-Verfügung vom 19. Januar v. Js. auf die aus dem städtischen Krankenhause zu Stettin in die genannte Privat-Irrenanstalt überwiesenen Geisteskranken für anwendbar nicht erachtete, als ordnungsmässig anerkennen.

Allerdings kommt es hierbei nicht darauf an, ob die Irrenabtheilung des gedachten Krankenhauses auf Grund einer Concession eingerichtet worden ist, worauf der Regierungs-Präsident Gewicht legt; auch müssen wir annehmen, dass in dem Stadt-Krankenhause zu Stettin eine communale Irrenanstalt thatsächlich besteht, da die daselbst vorhandene Irrenabtheilung, auf welche sich der § 26 des Betriebs-Reglements für das Stadt-Krankenhaus und der § 24 der Instruction für die Assistenzärzte vom 9. Mai v. J., sowie der Nachtrag zu § 10 des Reglements beziehen, zumal da nach dem Schreiben des Magistrats vom 27. April d. J. in derselben Geisteskranke Monate und Jahre lang behandelt bezw. verpflegt werden, als eine „Irrenanstalt" anzuerkennen ist.

Trotzdem aber ist der Anspruch des Magistrats, dass die Irrenabtheilung des Stadt-Krankenhauses mit Bezug auf die Bestimmungen in I. 1. e und I. 2. a der Circular-Verfügung vom 19. Januar v. Js. den Provinzial-Irrenanstalten, deren Verwaltung durch, mit Genehmigung der Ressort-Minister erlassene, Reglements geordnet ist, gleich gestellt werde, schon deshalb ein unberechtigter, weil die Aufnahmebedingungen, soweit dieselben zur Sicherung der persönlichen Freiheit beitragen, für die Provinzial-Irrenanstalten sachgemässer festgestellt sind. Die Verschiedenartigkeit ergiebt sich aus einem Vergleich der bezüglichen Bestimmungen des Betriebs-Reglements des Stadt-Krankenhauses (§ 10 nebst Nachtrag, § 12 und § 26) mit denen des Reglements über die Verwaltung der Irrenanstalten des

Provinzial-Verbandes der Provinz Pommern vom $\frac{17. \text{ März}}{12. \text{ Mai}}$ 1887 (§ 20, 21, 24). Nach den letzteren erfolgt die Aufnahme eines Kranken stets, selbst in dringenden Fällen, nur unter Vermittelung oder auf Antrag der Polizeibehörde auf Grund eines eingehenden ärztlichen Zeugnisses, und es wird die bevorstehende oder erfolgte Aufnahme stets der zuständigen Staatsanwaltschaft und, falls bei der Aufnahme die für den Kranken zuständige Polizeibehörde nicht mitgewirkt hat, auch der letzteren Anzeige gemacht.

In die Irrenabtheilung des Stadt-Krankenhauses dagegen werden Kranke auf alleiniges ausführliches Zeugniss eines Arztes und in dringenden Fällen auch ohne ein solches nach dem Befinden eines der Aerzte des Krankenhauses aufgenommen. Betreffs der den Behörden über die erfolgte Aufnahme eines Geisteskranken zu machenden Anzeigen ist in § 10 des Reglements Bestimmung überhaupt nicht getroffen, doch lässt sich annehmen, dass die Vorschrift in § 26, welche eigentlich von der Verlegung eines Kranken von einer anderen Abtheilung des Krankenhauses in die Irrenabtheilung handelt, auch auf die directe Aufnahme in letztere Anwendung finden wird. Nach dieser Bestimmung hat der Krankenhaus-Inspector Anzeige der Armen-Direction „behufs Anmeldung beim Gericht etc." zu erstatten. Es erhellt daher nicht, ob über die Aufnahme (bezw. Verlegung eines Kranken in die Irrenabtheilung) die Erstattung der erforderlichen Anzeigen an die Behörden gesichert ist.

Es würden daher nur bei einer angemessenen Ergänzung der Bestimmungen über die Aufnahme von Geisteskranken in die Irrenabtheilung des Stadt-Krankenhauses zu Stettin und über die Anzeige der erfolgten Aufnahme an die Behörden die aus demselben in eine Privat-Irrenanstalt zur Behandlung bezw. Pflege überwiesenen Kranken bei Revision der Privat-Irrenanstalten gemäss I. 1. e und I. 2. a der Circular-Verfügung vom 19. Januar v. Js. zu behandeln sein. Hierbei wird jedoch mit Rücksicht auf die ortspolizeilichen Interessen eine Aufnahme in die Irrenabtheilung in dringenden Fällen auf Antrag der Ortspolizeibehörde (ohne ärztliches Attest) zuzulassen sein, in diesem Falle aber verlangt werden müssen, dass der Oberarzt des Krankenhauses ein Aufnahmeattest zu den Acten der Anstalt giebt. Für die Ueberweisung eines Kranken aus der Irrenabtheilung des Krankenhauses würde dann gemäss der Bestimmung in I. 1. e der Uebergabeschein und eine Abschrift des Aufnahmeattestes bezw. des Nachweises der erfolgten Entmündigung genügen.

Ew. Excellenz ersuchen wir ganz ergebenst, dem Vorstehenden gemäss den Magistrat der Stadt Stettin auf seine Beschwerde gefälligst zu bescheiden.

Der Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten. Der Minister des Innern.

Reichsgerichts-Entscheidung. — Untersuchungsgefangene, welche krankheitshalber in ein allgemeines Krankenhaus übergeführt und der Krankenhausverwaltung als kranke Gefangene übergeben worden, bleiben nach einem Urtheil des Reichsgerichts, 1. Strafsenats, vom 20. Juni 1889 Gefangene, und der Krankenwärter, welcher die Aufsicht über diese Gefangenen thatsächlich übernommen hat, ist bei einer von ihm vorsätzlich oder fahrlässig beförderten Entweichung der Gefangenen aus § 121 des Strafgesetzbuches („Wer einen Gefangenen, mit dessen Beaufsichtigung er beauftragt ist, entweichen lässt etc.") zu bestrafen.

Strafe wegen Fahrlässigkeit. — Der Gerichtsdiener und Gefangenen-Aufseher beim Amtsgericht zu Triebel stand unter der Anklage, am 1. Juli durch Fahrlässigkeit die Entweichung eines Gefangenen erleichtert zu haben. Er entlief beim Wassertragen, während Jener mit einem Vorübergehenden sprach. Schuldig der Fahrlässigkeit nach § 347 des Strafgesetzbuches. Geldstrafe von 30 M. oder 6 Tage Gefängniss. (Sollte dies Erkenntniss sich nicht auch auf die Fahrlässigkeit von Wärtern in Irrenanstalten verwenden lassen? So lange letztere durch das Gespenst der Freiheitsberaubung Gefängnissen ähnlich betrachtet werden, könnte im geeigneten Falle es ihnen nicht verübelt werden, wenn sie diese Anschauung auch einmal zu ihren Gunsten verwerthen. *L.*)

In Ergänzung des Ministerialerlasses vom 19. Jan. 1888 — ist neuerdings in Preussen bestimmt worden, dass, wenn ein Geisteskranker auf Veranlassung oder unter Zustimmung der zuständigen Gerichts- oder Polizeibehörde in einer Privat-Irrenanstalt untergebracht werden soll, es hierzu der Beibringung eines Attestes des Kreisphysikus oder Kreis-Wundarztes nicht bedarf. Den vorbezeichneten Behörden bleibt es alsdann überlassen, sich vorher die erforderliche Ueberzeugung von dem geisteskranken Zustande der betreffenden Person auch durch ein zuverlässiges Attest eines anderen approbirten Arztes zu verschaffen.

Ausstellung von Leichenpässen. — In früheren Ministerial-Erlassen ist bestimmt worden, dass nur ein beamteter Arzt, d. h. ein Kreisphysikus die zu einem Leichenpasse erforderliche Bescheinigung über die Todesursache, sowie darüber auszustellen berechtigt ist, dass seiner Ueberzeugung nach der Beförderung der Leiche gesundheitliche Bedenken nicht entgegenstehen. Die Bestimmung ist neuerdings dahin erweitert worden, dass auch den Chefärzten der Militär-Lazarethe hinsichtlich der in letzteren verstorbenen Personen die Befugniss zur Ausstellung der gedachten Bescheini-

gungen in gleicher Weise zusteht wie den Kreisphysikern auf Grund der Nummer 2 des Circular-Erlasses vom 6. April 1888.

Jubiläum in Hildesheim. — Geh. Sanitätsrath Dr. *L. Snell*, seit 1856 Director der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt, feierte am 30. Nov. sein 50jähriges Doctorjubiläum. Zahlreiche Schreiben und Telegramme von anderen Irrenanstalten, auswärtigen Aerzten, früheren Kranken und Angehörigen von Kranken, sowie anderen Freunden beglückwünschten den Jubilar. Der Verein deutscher Irrenärzte liess eine Widmung in kunstvoll ausgeführter Adresse als Gruss und Dank überreichen, auch der Rheinische Irrenärzte-Verein, sowie der ärztliche Verein zu Hildesheim sandten Glückwunschadressen, letzterer zugleich das Ehrenmitgliedsdiplom, die medicinische Facultät zu Würzburg übermittelte eine Erneuerung des Doctordiploms. Am Vormittag hatten sich die Aerzte, Beamten und Vertreter des Wartpersonals der Anstalt im Conferenzzimmer zur Beglückwünschung des Jubilars versammelt, der mit einer Anrede des II. Arztes, des Dr. *Gerstenberg*, begrüsst wurde. Gegen Mittag überreichte der Herr Regierungspräsident Dr. *Schultz* den von Seine Majestät huldvollst verliehenen „Rothen Adlerorden III. Kl. mit der Zahl 50", auch der Stadtsyndicus gratulirte Namens des Magistrats und der Bürgerschaft Hildesheims. Dann trafen als Vertreter der Provinzialverwaltung die 3 Mitglieder des Landesdirectoriums ein, um den Jubilar zu beglückwünschen und um die Anerkennung der Provinz auszusprechen für sein langes und erfolgreiches Wirken an der Anstalt. Um 3 Uhr fand ein Festessen statt, an dem die Spitzen der Behörden und Freunde des Gefeierten theilnahmen. Abends war Fest in der Anstalt, an dem viele Kranke sich betheiligten und hier ihre Glückwünsche darbrachten. Den Anfang des Festes machte die Vorführung einiger lebender Bilder, deren Darsteller meistens Kranke waren, dann folgte ein Tanzvergnügen, das erst um 12 Uhr sein Ende erreichte.

Nekrolog Leidesdorf. — Am 9. October ist in Wien ein Mann verstorben, der sich um die Psychiatrie und den psychiatrischen Unterricht bleibende Verdienste erworben hat, und dem vor Allem die Errichtung psychiatrischer Kliniken in Oesterreich in erster Linie zu danken ist. Als Mitarbeiter dieses Blattes gebührt ihm auch an dieser Stelle ein Nachruf. Es ist das Dr. *Max Leidesdorf*, pensionirter Professor der Psychiatrie an der Wiener medicinischen Facultät.

Leidesdorf war 1816 in Wien geboren; sein Vater, ein namhafter Musiker, kam später an den Hof eines kleinen italienischen Fürstenthums als

Capellmeister, und in Folge dessen legte der junge *Leidesdorf* einen Theil seiner medicinischen Studien an mehreren italienischen Facultäten ab. *Leidesdorf* ging später auf Reisen nach Frankreich und England und wurde in Bonn zum Doctor promovirt. Nach dem inzwischen erfolgten Tode seines Vaters ging *Leidesdorf* nach Moskau und diente als Arzt an einem dortigen Hospitale, bis er 1848 die Leitung einer Privatirrenanstalt in St. Petersburg übernahm. Es zog ihn aber zurück nach seiner Vaterstadt, und so gab er vor dem Krimkriege seine Stellung in St. Petersburg auf und kehrte nach Wien zurück. *Leidesdorf* hatte mithin, als er nach Wien kam, schon eine psychiatrische Laufbahn hinter sich und konnte sich sofort, 1856, als Docent der Psychiatrie an der Wiener medicinischen Facultät habilitiren, wo er nun seine Lehrthätigkeit begann, anfangs nur im Winter, da er den Sommer über im Bade Tüffer practicirte.

Unter den grössten Schwierigkeiten, ohne Material, von Neid und Unverstand angefeindet, begann er seine Lehrthätigkeit, und nur mit seiner zähen Energie konnte er, getragen von Begeisterung für seine Sache, diese ersten schweren Zeiten überstehen, ohne den Muth sinken zu lassen. Unablässig kämpfte er schon damals um die erste Bedingung für einen regelrechten psychiatrischen Unterricht, die Errichtung einer psychiatrischen Klinik.

Doch lange sollte es noch dauern, bis dieses Ziel erreicht, noch länger, bis ihm der Lohn seiner Bestrebungen wurde. Seit 1860 sehen wir *Leidesdorf* dauernd in Wien. Er hatte im Verein mit Dr. *Obersteiner* sen. die von Dr. *Goergen* gegründete Privatheilanstalt in Döbling übernommen und brachte dieselbe binnen Kurzem zum grössten Ansehen; Tausende von Kranken aus aller Herren Länder, aus den höchsten Schichten der Gesellschaft suchten in derselben Heilung und Pflege. Seinen europäischen Ruf verdankte *Leidesdorf* zum grossen Theile dieser Anstalt, die unter seiner Leitung zu einem Musterinstitute gedieh.

Nun hatte *Leidesdorf* endlich ein Material, zum Unterricht zwar nicht, aber zum Studium. Mit verdoppeltem Eifer machte sich *Leidesdorf* jetzt daran, der Psychiatrie in Oesterreich Geltung zu verschaffen. Er brachte Leben in den psychiatrischen Verein in Wien, dessen Vorstand er lange Jahre war, er gab mit *Meynert* eine psychiatrische Zeitschrift heraus, er wirkte unverdrossen für die Errichtung psychiatrischer Kliniken, und seinem persönlichen Einflusse an maassgebender Stelle ist es hauptsächlich zu danken, wenn sich der Staat vorerst einmal das Recht wahrte, in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt in Wien eine Klinik zu errichten. Inzwischen war *Leidesdorf*, 1866, zum ausserordentlichen Professor der Psychiatrie ernannt und vom Kaiser durch Verleihung der goldenen Medaille für Kunst und Wissenschaft ausgezeichnet worden.

Endlich wurde, 1871, eine psychiatrische Klinik in Wien errichtet, aber — nicht *Leidesdorf* erhielt dieselbe, sondern dem aufstrebenden Talente *Meynert*'s wurde dieses Glück zu Theil. Es wäre *Leidesdorf* nicht zu ver-

denken gewesen, wenn er in Verbitterung über dieses Fehlschlagen jahrelanger Hoffnungen und Bestrebungen in seinem Eifer für die Lehrthätigkeit erkaltet wäre, er, der vermöge der glänzenden materiellen Stellung, in der er sich befand, nicht Noth hatte, in einer akademischen Stellung die Grundlage für seine Existenz zu suchen. Aber Resignation war nicht *Leidesdorf*'s Sache, und 1872 wurde ihm wenigstens die Befriedigung, dass er in den Besitz eines reichen klinischen Materials kam; er wurde nach dem Abgange *Schlager*'s zum Leiter der Beobachtungsabtheilung für Geisteskranke im Wiener allgemeinen Krankenhause bestellt.

1875 blühte ihm endlich das Glück, klinischer Lehrer der Psychiatrie zu werden. Gründe verschiedener Art liessen es Prof. *Meynert* wünschenswerth erscheinen, dass die psychiatrische Klinik in's allgemeine Krankenhaus verlegt werde; *Leidesdorf* räumte ihm die zu einer psychiatrischen Klinik umgeschaffene Beobachtungs-Abtheilung und übernahm dafür die Klinik in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt.

So hatte *Leidesdorf* endlich das Ziel seiner Wünsche erreicht; aber nicht ungetrübt war dieses Glück. Dieselben Hindernisse und Anfeindungen, die *Meynert* zum Weichen bewogen hatten, fand auch *Leidesdorf;* unsäglichen Verdruss hatte er in den ersten Jahren zu erleiden, und nur seinem leidenschaftslosen, concilianten Charakter war es zu verdanken, dass er alle Stürme überstand. Endlich kamen ruhigere Zeiten. *Leidesdorf* konnte auf ein redliches Stück Mühe und Arbeit zurückblicken, und nur eine Sorge quälte ihn, als er nach 13jähriger Wirksamkeit, durch Krankheit gezwungen, unter dem lebhaften Bedauern seiner Freunde und Schüler vom Lehramte zurücktrat: ob die Klinik auch erhalten bleiben würde, da Wien allein von allen deutschen Universitäten den Reichthum zweier psychiatrischen Kliniken aufwies. Er hat darum auch die Berufung *Krafft-Ebing*'s mit grosser Genugthuung begrüsst, weil er dadurch die Beruhigung erhielt, dass seine Klinik fortbestehen werde.

Leidesdorf gehörte von allem Anfange an der Schule an, die in den Phänomenen psychischer Störung bei den Geisteskranken nicht die Krankheit selbst, sondern nur ein Symptom erblickte, ein Axiom, an das zu erinnern selbst heute nicht ganz überflüssig ist, das aber zur Zeit, in die der Beginn von *Leidesdorf*'s psychiatrischer Wirksamkeit fiel, erst anfing, sich gegenüber den moralphilosophischen Anschauungen eines *Heinroth* und *Idelar* Bahn zu brechen. *Griesinger* war unter allen Psychiatern derjenige, zu dem er sich in seiner ganzen Richtung am meisten hingezogen fühlte. Sein Bestreben ging zeitlebens dahin, die Psychiatrie in möglichst innigen Anschluss an die übrigen Zweige der Medicin zu bringen. Er selbst beschränkte sich nie auf den engen Kreis seines Specialfaches, sondern nahm an den Fortschritten der gesammten Medicin lebhaften Antheil. *Leidesdorf* musste sich daher naturgemäss hingezogen fühlen zu den Koryphäen der Wiener medicinischen Schule, die zur Zeit, als er nach Wien kam, gerade den Höhepunkt ihres Glanzes erreicht hatte Mit allen Zierden

derselben stand er in regem wissenschaftlichen Verkehr, mit den meisten verband ihn persönliche Freundschaft, so vor Allen mit *Skoda*. Auch die jüngeren Talente verfolgte *Leidesdorf* mit der grössten Aufmerksamkeit und hat in das Schicksal Mancher fördernd eingegriffen.

Sämmtliche literarische Leistungen *Leidesdorf*'s hier aufzuzählen, ist natürlich nicht möglich, und möge es genügen, die wichtigsten anzuführen. Es wären zu nennen: „Irrsein und Lungenleiden", „Ueber die ursächlichen Momente des Irrseins", „Einiges über den Gehirnzustand in den primären Formen des Irrseins", „Das sympathische Verhältniss zwischen Denkorgan und Körpernerven beim Irrsein", „Ueber den Einfluss des in seiner Mischung veränderten Blutes auf die psychischen Functionen", „Beiträge zur Diagnostik und Behandlung der primären Formen des Irrseins", „Einige Bemerkungen über die Genesungen Geisteskranker", „Ueber Histologie der Hirnentzündung", „Chorea minor und ihre Beziehungen zu psychischen Störungen", „Beiträge zur Hirnsyphilis in ihrer Beziehung zu Geistesstörungen", „Ueber die Wirkungen des Papaverin" etc. 1877 gab *Leidesdorf* ein eigenes Heft heraus unter dem Titel: „Psychiatrische Studien", enthaltend eine Reihe von Abhandlungen von ihm selbst und seinen Schülern. Seine Hauptwerke sind seine beiden Lehrbücher der Psychiatrie, die „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten", 1860, und das „Lehrbuch der psychischen Krankheiten", 1865, von denen das erste eine kurzgefasste Darstellung des damaligen Standes der Wissenschaft in der *Leidesdorf* eigenthümlichen Klarheit darbot, während das andere als gänzlich umgearbeitete und wesentlich vermehrte 2. Auflage dieses Buches in grösserem Style angelegt und mit Beiträgen von *Meynert*, *Stricker* und *Schott* (Ueber Anatomie des Gehirns, Physiologie des Gehirns und pathologische Anatomie des Gehirns) bereichert ist.

Ausser der wissenschaftlichen Psychiatrie beschäftigte sich *Leidesdorf* auch mit der practischen Irrenpflege, hielt Vorträge und veröffentlichte Abhandlungen über diesen Gegenstand; er wurde darum auch in den obersten Sanitäts-Rath berufen und entfaltete dort eine ersprieſsliche Thätigkeit; so lieferte er erst kurz vor seinem Tode ein umfangreiches Referat über die Frage der zwangsweisen Internirung Trunksüchtiger und die Errichtung von Trinker-Asylen, das die Zustimmung des obersten Sanitäts-Rathes erhielt.

Der Vortrag *Leidesdorf*'s war frei von allem Pathos und rhetorischen Schmuck; mühelos floss ihm die Rede von den Lippen, nie den Eindruck des Vorbereiteten machend und doch vollendet in der Form. *Leidesdorf* war ein eminent practischer Lehrer. Klarheit und Allgemeinverständlichkeit der Darstellung war ihm in hohem Grade eigen; hypothetische Erklärungen, rein theoretische Erwägungen vermied er sorgfältig und steuerte direct darauf los, seinen Hörern ein lebhaftes, scharf gezeichnetes Bild der krankhaften Zustände zu geben, das Charakteristische hervorzuheben. Sein Vortrag war reich an practischen Winken, die er mit Beispielen aus dem

reichen Schatze seiner persönlichen Erfahrung zu illustriren liebte, und er machte vor Allem von dem wichtigsten Hilfsmittel des klinischen Unterrichtes, der Vorstellung von Kranken, den ausgiebigsten Gebrauch. *Leidesdorf* war mit Leib und Seele Lehrer; obwohl die Krankheit, welche ihn später dahinraffte, ihn der grössten Schonung bedürftig machte, war er nicht früher zu bewegen, den Lehrstuhl zu verlassen, bis ihn ein asthmatischer Anfall, der ihn in der Vorlesung selbst anpackte, hiezu nöthigte.

Aber nicht bloss als academischer Lehrer war *Leidesdorf* hervorragend, er verstand es auch, wissenschaftliche Themata in anregender Form einem Laienpublicum mundgerecht zu machen, und er ist wiederholt als Publicist oder Vorleser aufgetreten, so mit einem Vortrage „über das Traumleben" und noch in den letzten Jahren mit einer populär-wissenschaftlichen Vorlesung über psychische Störungen im Kindesalter.

An äusseren Erfolgen war *Leidesdorf*'s Leben sehr reich, obwohl er solche nie anstrebte. Auf den Gipfel der Berühmtheit wurde er gehoben, als ihm die Mission zu Theil wurde, über den Geisteszustand des Sultans Murad ein Gutachten abzugeben und so gewissermaassen über das Schicksal eines grossen Reiches zu entscheiden. Viel genannt wurde er ferner in der letzten Zeit, als er die Tochter des Königs von Dänemark und Schwester der Kaiserin von Russland, die Prinzessin Thyra von Cumberland, in seiner Privatanstalt behandelte und der Heilung zuführte. Der König von Dänemark überreichte ihm aus diesem Anlasse persönlich in seiner Wohnung den höchsten dänischen Orden, gewiss eine Auszeichnung, die nur wenigen Gelehrten zu Theil geworden ist.

Einen grossen Theil seiner Erfolge verdankt *Leidesdorf* seinem persönlichen Auftreten. Er hatte ein glückliches Talent, mit Jedermann, mit dem Niedrigsten und Höchsten, zu verkehren; nie verliess ihn eine überlegene Gelassenheit, und wie er sich selbst vollständig beherrschte, wusste er auch die Leidenschaften Anderer zu zügeln, dem Erregtesten gegenüber wusste er das richtige Wort, den richtigen Ton zu treffen, um ihn zu beschwichtigen. Im Verkehre mit den Kranken war *Leidesdorf* ein Meister, er wusste das Vertrauen eines jeden sofort zu gewinnen; er wusste es aber auch zu verdienen, denn auch der letzte und ärmste seiner Kranken konnte seines ganzen Wohlwollens und seiner ungetheilten Aufmerksamkeit sicher sein. Dass *Leidesdorf* Non restraint übte, wo immer er zu befehlen hatte, ist nach dem Gesagten selbstverständlich.

Trotz seines hohen Alters und seines schweren Leidens, einer atheromatösen Entartung der Coronararterien, war *Leidesdorf* bis zum Ende von einer bewundernswerthen Geistesfrische; doch hatte er von seiner Krankheit seit zwei Jahren Unsägliches zu leiden, so dass ihm der Tod nur ein längstersehnter Erlöser war. Prof. *Wagner.*

Personal-Nachrichten.

Dr. *A. H. van Andel*, Director u. Chefarzt der Heil- u. Pflegeanstalt zu Medemblik, ist zum Generalinspector über die Niederländischen Irren u. Irrenanstalten ernannt worden und hat das Ritterkreuz vom Niederländischen Löwen erhalten.

Dr. *H. Schüle*, Geh. Hofrath u. 2. Arzt an der Heil- u. Pflegeanstalt Illenau bei Achern, ist zum Director derselben Anstalt,

Dr. *Jehn*, Director der Prov.-Irrenanstalt zu Merzig, zum Director der Prov.-Irrenanstalt zu Grafenberg,

Dr. *Eickholt*, prov. Director der Irrenanstalt zu Grafenberg, zum Director der Irrenanstalt zu Merzig ernannt.

Dr. *Ernst von Ludwiger*, emer. Director der Prov.-Irrenanstalt zu Plagwitz in Schlesien, ist am 19. Aug. c. in Berlin nach längerem Herzleiden,

Dr. *Carl Hergt*, Geheimrath u. Dir. der Heil- u. Pflegeanstalt Illenau in Baden, nach 54j. ununterbrochener Berufsthätigkeit im Alter von 83 J., der Senior der deutschen Irrenärzte, am 23. Dec. c. an Influenza,

Dr. *Karl Westphal*, Geh. Med.-Rath, Prof., Director der psych. und Nerven-Klinik, dirig. Arzt der Irrenabth. der Charité in Berlin, am 27. Jan. c., 56 J. alt, nach langem Leiden gestorben. Die Section hat Atrophie des Vorderhirns und der Seitenstränge des Rückenmarkes nachgewiesen.

Verzeichniss der Mitarbeiter.

Redaction.

Dr. von Krafft-Ebing, Professor der Psychiatrie u. Director der psychiatrischen Klinik an der Universität Graz.
Dr. Schüle, Geh. Hofrath u. Dir. an d. Heil- und Pflegeanst. Illenau bei Achern in Baden.
Dr. H. Laehr, Geh. San.-Rath, Berlin-Zehlendorf.

Herausgeber und Mitarbeiter.

Herr Dr. Alt, Assistent d. med. Klinik zu Giessen.
- - van Andel, Dir. und Generalinspector der Niederländischen Irren u. Irrenanstalten in Leiden.
- - Arndt, Prof. d. Psych. an der Univ. Greifswald.
- - Ascher, Ass. an d. städt. Irrenanstalt zu Dalldorf.
- - Ast, Dir. der Heil- und Pflegeanstalt bei Schussenried (Württemberg).
- - Bartels, Assistent an der Prov.-Irrenanst. zu Hildesheim.
- - Bartens, Dir. des Genesungshauses zu Roda (Sachsen-Altbg.).
- - Berkhan, pract. Arzt in Braunschweig.
- - Besser, Dir. d. Privat-Irrenanstalt zu Pützchen bei Bonn.
- - Binswanger, Prof. u. Dir. d. psychiatr. Klinik zu Jena.
- - Brosius, Dir. d. Priv.-Irrenanstalt zu Bendorf bei Coblenz.
- - Brückner, San.-Rath und Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Creutzburg.
- - Bumm, Prof. u. Dir. d. Kreis-Irrenanstalt zu Erlangen.
- - G. Burckhardt, Dir. d. Irrenanstalt Préfargier (Schweiz).
- - A. Christoph in Wiesbaden.
- - Claus, Med.-Rath u. em. Dir. der Heil- u. Pflegeanstalt Sachsenberg, zu Weissenfels.
- - Cramer, Prof. d. Psych. und Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Marburg.

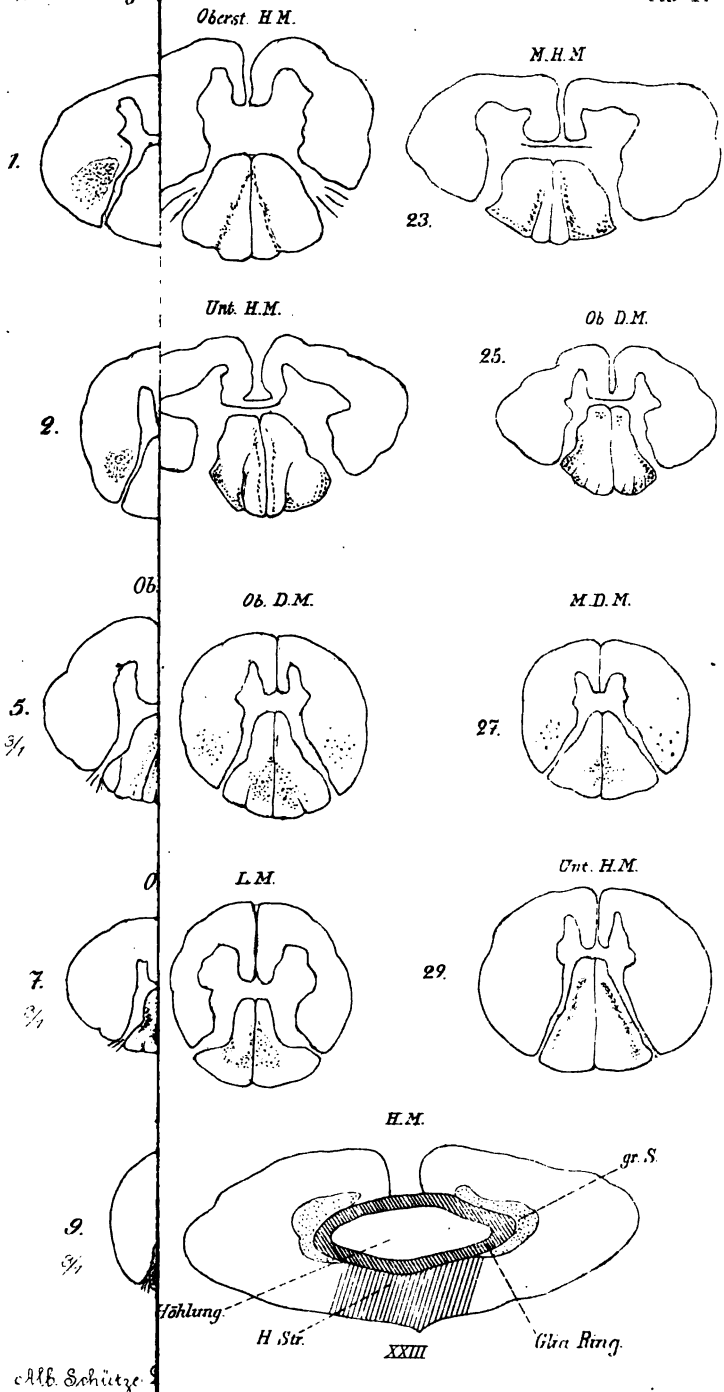
Herr Dr. O. Dees, Assist. a. d. Heilanst. zu Kaufbeuren.
- - Delbrück, Geh. San.-Rath zu Halle.
- - Dietz, Assistent an d. psychiatr. Klinik zu Leipzig.
- - Dittmar, Dir. der Reichs-Irrenanstalt zu Saargemünd (Lothringen).
- - Domrich, Geh.-Rath und Leibarzt zu Meiningen.
- - Edinger zu Frankfurt a. M.
- - Eickholt, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Merzig.
- - Emminghaus, Prof. an der Universität zu Freiburg i. B.
- - H. Engelken, Dir. der Privat-Irrenanst. Rockwinkel (Bremen).
- - Erhardt, Prof. der gerichtl. Medicin zu Kiew.
- - Eyselein, Dir. e. Nerven-Heilanst. zu Blankenburg i. H.
- - Fink zu Würzburg.
- - Finkelnburg, Geh. Med.-Rath und Prof. in Godesberg bei Bonn.
- - Fischel, Prof. u. emer. Dir. der Irrenanstalt zu Prag.
- - Fr. Fischer, Dir. der Heil- u. Pflegeanstalt Pforzheim (Baden).
- - A. Focke, pract. Arzt in Coblenz.
- - M. Fränkel, San.-Rath u. emer. Dir. der Irrenanstalt zu Bernburg, in Dessau.
- - C. Frank, Ass. an der Prov.-Irrenanst. zu Düren.
- - Fröhlich, Ober-Stabsarzt in Heidelberg.
- - Fürstner, Prof. u. Dir. d. psych. Klinik an der Universität Heidelberg.
- - Gauster, Reg.-Rath u. Dir. d. n.-ö. Landesirrenanstalt zu Wien.
- - Fr. Gerlach, 2. Arzt der Heil- u. Pflegeanst. zu Königslutter.
- - Gerstacker, Stabsarzt zu Neu-Breisach.
- - Gock, Director der Prov.-Irrenanstalt zu Landsberg a. W.
- - M. Goldstein, dir. Arzt d. Privatheilanstalt Gr. Lichterfelde.
- - Graf, Assistent an d. Kreis-Irrenanst. Werneck, Bayern.
- - Grashey, Prof. u. Dir. der Kreis-Irrenanst. u. der psychiatr. Klinik zu München.
- - Greppin, 2. Arzt der Irrenanst. in Basel.
- - Guder, Kreisphysikus des Kreises Wittgenstein.
- - A. Gutsch, Geh. Med.-Rath zu Karlsruhe.
- - A. Guttstadt, Prof. u. Dez. im Kgl. stat. Bureau in Berlin.
- - Haase, Assistenzarzt an der Irrenanstalt in Saargemünd.
- - Hasse, Med.-Rath u. Dir. der Irrenanstalt zu Königslutter.
- - O. Hebold, Oberarzt der Prov.-Irrenanstalt zu Sorau.
- - Hecker, Dir. d. Kuranst. für Nervenleidende zu Johannisberg (Nassau).
- - Henningsen, San.-Rath u. Arzt an der Irrenanstalt zu Schleswig.
- - Hergt, Geh.-Rath u. Dir. der Heil- u. Pflegeanstalt Illenau (Baden). †
- - Hertz, San.-Rath zu Bonn.

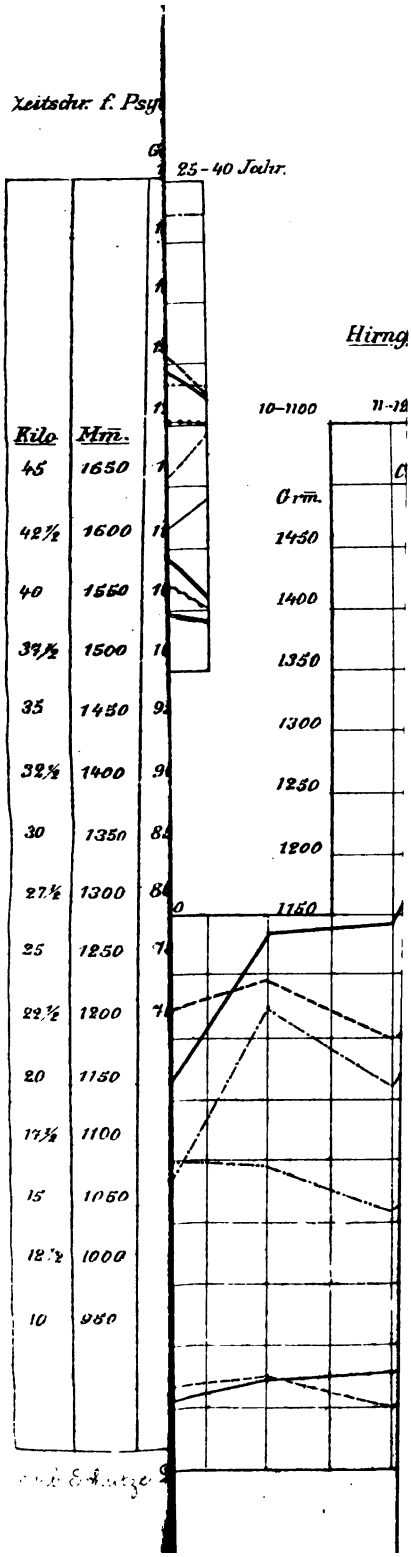
Herr Dr. Heyden, Dir. der Privatheilanst. zu Endenich bei Bonn.
- - E. Hjertström, Prof. u Oberarzt der Irrenanst. zu Hernösand (Schweden).
- - Hoestermann, dir. Arzt der Wasserheilanst. Mariaberg a. Rh.
- - H. Hoffmann, Geh. San.-Rath u. em. Dir. der Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.
- - Hoppe, Prof. an der Universität zu Basel.
- - Ideler, Geh. San.-Rath zu Wiesbaden.
- - Jastrowitz, dir. Arzt d. Maison de santé in Schöneberg bei Berlin.
- - Jehn, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Grafenberg bei Düsseldorf.
- - Jensen, em. Dir. der städt. Irrenanst. Dalldorf, zu Charlottenburg.
- - W. Jessen, Med.-Rath u. Dir. d. Priv.-Irrenanstalt Hornheim bei Kiel.
- - Jörger, Assistenzarzt in St. Pirminsberg, Schweiz.
- - Jolly, Professor an d. Universität zu Strassburg.
- - Kahlbaum, Dir. d. Priv.-Heilanst. zu Görlitz.
- - Karrer, Dir. der Kreis-Irrenanstalt zu Klingenmünster.
- - Kelp, Ober-Med.-Rath, zu Oldenburg.
- - E. Kessler, Med.-Rath u. Dir. der Irrenanst. zu Blankenhain in Thüringen.
- - Kiderle, Hofrath u. Dir. d. Kreis-Irrenanstalt zu Kaufbeuren.
- - Kirchhoff, Docent, Assistenzarzt an der Irrenanst. zu Schleswig.
- - Kirn, Professor an der Univ. zu Freiburg (Baden).
- - Knecht, Dir. der Prov.-Irrenanst. zu Ueckermünde.
- - Knoch, pract. Arzt in St. Petersburg.
- - Koch, Dir. d. Landesirrenanst. zu Zwiefalten (Württemberg).
- - H. Koeberlin, Oberarzt der Kreis-Irrenanst. zu Erlangen.
- - Köhler, Ober-Med.-Rath u. em. Dir. der Irrenpflegeanst. zu Hubertusburg, in Mügeln bei Oschatz.
- - Kollmann, Grossh. Oldenburg. Regierungsrath, Vorstand des statistischen Bureaus.
- - S. Korsakoff, Privatdoc. der Psych. in Moskau.
- - Koster, San.-Rath, em. Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Marsberg, in Trier.
- - Kowalewsky, Prof. d. Psych. u. Oberarzt des Hospitals zu Charkow.
- - G. Kranz, Assistenzarzt an der Irrenanst. zu Stephansfeld.
- - Krauss, Oberamtsarzt zu Tübingen.
- - Kräpelin, Prof. u. Dir. der psychiatr. Klinik zu Dorpat.
- - Kroemer, Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Neustadt (Westpr.).
- - Hans Laehr, Dir. der Priv.-Heilanst. Schweizerhof.
- - Langreuter, 2. Arzt der Irrenanstalt Eichberg.

Herr Dr. K. Langwieser, dir. Arzt der Irrenpflegeanst. Klosterneuburg bei Wien.
- - G. Lehmann, Assist. an der Irrenheilanst. Sonnenstein (Sachs.).
- - Leidesdorf, Prof. u. Dir. d. Privatanst. zu Ober-Döbling bei Wien. †
- - Link, Assistenzarzt der Privatanstalt zu Pfullingen (Württemberg).
- - van der Lith, Professor und Arzt an der Irrenanstalt zu Utrecht.
- - J. Lucaszewski, Dir. der Irrenanst. Golia b. Jassy.
- - G. Ludwig, Geh. Med.-Rath u. Dir. d. Irrenanst. zu Heppenheim.
- - Lutz, 2. Arzt der Privatheilanst. in Göppingen.
- - Matusch, 2. Arzt der Irrenheilanst. Sachsenberg b. Schwerin.
- - P. Mayser, Dir. d. Irrenanstalt zu Hildburghausen.
- - Mendel, Prof. an d. Univ. Berlin.
- - Meschede, Prof. u. Director der städt. Krankenanstalt zu Königsberg i. Pr.
- - A. Meyer, pr. Arzt zu Isselburg (Rheinprovinz).
- - Möbius, Privatdocent in Leipzig.
- - Moeli, Docent u. dir. Arzt d. Irrensiechenanst. zu Dalldorf.
- - Fr. Müllberger, Assist. d. Priv.-Heilanst. zu Kennenburg.
- - O. Müller, Dir. d. Priv.-Heilanst. f. Nervenkr. zu Blankenburg i. H.
- - A. Neisser, 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Leubus.
- - Neuendorff, Dir. der Irrenanstalt zu Bernburg a. S.
- - Nötel, San.-Rath u. Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Andernach.
- - H. Obersteiner, Professor an der Universität in Ober-Döbling bei Wien.
- - Oebeke, San.-Rath in Bonn.
- - Otto, Assist. an d. städt. Irrenanst. zu Dalldorf bei Berlin.
- - Paetz, Dir. d. Prov.-Irrenanst. „Rittergut Altscherbitz", Prov. Sachsen.
- - Pelman, Geh.-Rath, Prof. u. Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Bonn.
- - Peretti, 2. Arzt der Prov.-Irrenanst. zu Bonn.
- - L. Pfleger, Hausarzt an d. städtischen Versorgungsanstalt zu Wien.
- - A. Pick, Prof. d. Psych. an d. Universität Prag.
- - H. Pierson, Dir. d. Priv.-Heilanstalt in Pirna.
- - G. Rabbas, Assistent der Irrenabth. des Juliusspitals in Würzburg.
- - Rehm, Dir. d. Kuranst. f. Nervenkr. zu Blankenburg i. H.
- - Reich, Amtsphysikus in Müllheim (Breisgau).
- - Reimer, Med.-Rath in Stuttgart.
- - Reinhard, Physikus in Hamburg.

Herr Dr. A. Richter, Oberarzt d. städt. Irrenanstalt Dalldorf.
- - Rieger, Prof. u. Dir. d. Irrenanst. zu Würzburg.
- - Ripping, San.-Rath u. Dir. d. Irrenheilanst. zu Düren.
- - C. Roller, Dir. d. Heil- u. Pflegeanst. zu Brake.
- - A. Roller, Landgerichtsrath in Waldeshut in Baden.
- - Roth, Kreisphysikus in Belgard.
- - v. Rothe, wirkl. Staatsrath u. Dir. d. Irrenanst. zu Warschau.
- - Th. Saelan, Dir. der Irrenanst. zu Lappwik bei Helsingfors in Finnland.
- - J. Salgó, Primararzt der k. ung. Irrenanst. zu Buda-Pesth.
- - Schaefer, Dir. der Prov.-Irrenanst. in Lengerich (Westphalen).
- - v. Schaeffer, Ober-Med.-Rath in Cannstadt.
- - Schlangenhausen, Docent u. Dir. der Irrenanst. Feldhof bei Graz (Steyermark).
- - A. Schmitz in Bonn.
- - Scholz, Dir. d. allgem. Krankenhauses in Bremen.
- - Schroeter, Dir. der Prov.-Irrenanstalt in Eichberg (Nassau).
- - Schuchardt, Med.-Rath u. Dir. d. Heil- u. Pflegeanst. Sachsenberg bei Schwerin in Mecklenburg.
- - Schupmann, San.-Rath u. dir. Arzt d. Siechenanstalt zu Gesecke.
- - O. Schwartz, Geh.-Med.-Rath in Cöln.
- - Schwartzer, Reg.-Rath u. Dir. d. Priv.-Irrenanst. zu Ofen.
- - Seeligmüller, Prof. an d. Universität zu Halle.
- - G. Seifert, Med.-Rath u. pract. Arzt in Dresden.
- - H. Servaes, San.-Rath, dirig. Arzt d. Privatanst. Marienbad bei Goslar.
- - Siemens, Med.-R. u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. zu Lauenburg (Pom.).
- - Silomon, Kreisphysikus in Norden (Prov. Hannover).
- - Sioli, Dir. d. Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.
- - Snell, Geh. Med.-Rath und Dir. d. Irrenanst. zu Hildesheim.
- - O. Snell, Assist. a. d. Kreisirrenanst. zu München.
- - Sommer, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Allenberg.
- - C. Spamer, Kreisarzt zu Darmstadt.
- - Stark, San.-Rath u. Dir. d. Irrenanst. Stephansfeld (Elsass).
- - W. Stark, Assist. a. d. Heil- u. Pflegeanst. Illenau.
- - Steinthal, Geh. San.-Rath in Berlin.
- - Stenger in Würzburg.
- - Rob. Thomsen, Dir. der Privatheilanst. in Bonn.
- - Tigges, Geh. Med.-Rath zu Düsseldorf.
- - Tiling, Dir. der Irrenheilanst. Rothenburg b. Riga.
- - Ullrich, Dir. an d. Irrenanstalt zu Deggendorf.
- - Urtel, Assistenzarzt der Prov.-Irrenanst. zu Halle.
- - Virchow, Geh. Med.-Rath, Prof. d. path. Anat. u. allg. Path. zu Berlin.

Herr Dr. Vix, Geh. Med.-Rath in Frankfurt a. M.
- - Wahrendorf, Geh. San.-Rath u. Dir. d. Privat-Irrenanstalt Ilten.
- - J. Waldschmid in Freiburg (Baden).
- - Walter, dir. Arzt an der Landes-Irrenanstalt in Münsterlingen.
- - G. Weber, Med.-Rath u. Dir. d. Heilanst. Sonnenstein bei Pirna.
- - Wendt, emer. Dir. d. Irrenanst. zu Schwetz, in Berlin.
- - Wernicke, Med.-R., Prof. d. Psych. an d. Univers. zu Breslau.
- - C. Werner, 2. Arzt d. Landes-Irrenanst. zu Roda.
- - Wiebecke, Reg.-Med.-Rath in Frankfurt a. O.
- - Wiedemeister, Director der Privatanstalt zu Ballenstedt im Harz.
- - Wildermuth, Dir. der Privatheilanst. zu Stuttgart.
- - L. Wille, Prof. u. Dir. Arzt der Irrenanst. zu Basel.
- - W. Willerding, Ass. d. Prov.-Irrenanst. zu Hildesheim.
- - L. Witkowsky, Arzt an der Irrenanst. Hördt (Elsass).
- - Zenker, San.-Rath u. Dir. der Privatheilanstalt Bergquell bei Stettin.
- - Zillner, Prof. u. Primararzt an d. Irrenanst. zu Salzburg.
- - Zinn, Geh. San.-Rath, Dir. u. Chefarzt d. Irrenanstalt zu Eberswalde.


Oberst. H.M.
1.
M.H.M
23.
Unt. H.M.
2.
Ob D.M.
25.
Ob.
Ob. D.M.
M.D.M.
5.
3/1
27.
O
L.M.
Unt. H.M.
7.
3/1
29.
H.M.
gr. S.
9.
3/1
Höhlung
H Str.
XXIII
Glia Ring.


Zeitschr. f. Psy
25 - 40 Jahr.
Hirng
10–1100
11–12
Kilo
Mm.
45
1650
42½
1600
40
1550
37½
1500
35
1450
32½
1400
30
1350
27½
1300
25
1250
22½
1200
20
1150
17½
1100
15
1050
12½
1000
10
980
Grm.
1450
1400
1350
1300
1250
1200
1150

Bericht

über die psychiatrische Literatur

im 2. Halbjahre 1888.

Redaction: **Schuchardt**-Sachsenberg.

1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Dessau.

Psychologie und Hypnotismus.

Infolge des abfälligen Urtheils der Pariser Commission (Refer. *Dujardin-Beaumetz*) über die *Luys*'schen Ausschreitungen bezw. der Fernwirkungen von Arzneistoffen ist der Glaube an die Berechtigung der hypnotischen Suggestion als einer wissenschaftlichen Disciplin tief erschüttert worden. Dagegen richten 2 durch die Namen ihrer Verfasser hervorragende Schriften von *Hack-Tuke* und *Krafft-Ebing* denselben wieder einigermaassen auf, sodass die Anfechtungen seitens der deutschen Neurologen weniger bedeutungsvoll erscheinen.

Hack-Tuke's „Geist und Körper[1])" nach der II. Auflage in vortrefflicher deutscher Uebertragung und mit Anmerkungen versehen von *Kornfeld*, im Verlage von G. Fischer in Jena, hat den Werth eines practischen Handbuches der Psychologie, das auf Grund bewährter fremder und eigener Erfahrungen in nüchterner englischer Weise den Zusammenhang der psychischen Erscheinungen mit den bisher gesicherten Errungenschaften der Nervenlehre, so weit es möglich ist, veranschaulicht und eine ganze Bibliothek philosophirender Abhandlungen für den Arzt überhaupt und für den Psychiater insbesondere entbehrlich macht.

Im Gegensatz zu vielen Anderen, die vom Einfluss des Körpers auf den Geist ausgehen und schliesslich zu dem Ergebniss der Einheit beider gelangen, schlägt *T.* den umgekehrten Weg ein, indem er in der I. Abtheilung seines Werkes den Einfluss der Intelligenz, der Gemüthsbewegungen und des Willens, dieser 3 Erscheinungsweisen des Geistes, analysirt, während er in der II. Abtheilung die gewonnenen Ergebnisse zusammenfasst und als Grundlage einer wirklichen Seelenheilkunde verwerthet wissen möchte.

Kapitel I — allgemeine psychologische und physiologische Grundsätze — gibt 1. eine historische Skizze, welche den Satz enthält: die unzertrennliche Verbindung zwischen Geist und Körper folgt aus der Thatsache, dass das Gehirn die Gewebe und Organe des Körpers nicht

[1]) Eine französ. Uebersetzung von *V. Parent* mit Vorrede von *Foville* ist schon 1886 bei Baillière et f. Paris erschienen unter dem Titel „Le corps et l'esprit, Action du moral et de l'imagination sur le physique" und von *A. Pick* im Neurolog. Centralblatt 1887. No. 18 kurz besprochen.

blos verbindet, sondern einen Mikrokosmus des Ganzen darstellt. Wenn also die Entwickelung des kleinsten Körperchens im Körper dasselbe Princip darstellt, welches bei der Bildung des Organs des Geistes wirksam, wenn dieses Organ aus jenen herausgewachsen ist und aus diesem Herauswuchse besteht, und wenn das Gehirn das grosse Centrum ist, welches unmittelbar mit den ihm vorangegangenen Structuren und Geweben in Verbindung steht, dann, — wenn diese auch weiter ihre eigene Thätigkeit besitzen, welche sie vor Hinzufügung des Gehirns hatten oder bei Thieren ohne Nervensystem haben — dann ist zu erwarten, dass das Organ, zu dessen Functionen u. A. Centralisation, Combination oder Coordination gehören, eine Wirkung ausübt auf die gestreiften und glatten Muskeln, auf die organischen Functionen und auf das Nervensystem selbst.

2. Definition und Erläuterung verschiedener geistiger Zustände, die unter „Intelligenz" verstanden werden. Die „Einbildung" (imaginatio) gehört zu denjenigen Ideen, welche ohne einen directen äusseren Reiz entstehen. Sie geht unmerklich in Zustände des Gemüthes über: so — in Erwartung, Gläubigkeit, Nachahmung, Sympathie. Die Grundlage der Eigenschaften bildet für uns, dass der Geist sog. Ideen fasst, welche Abbilder oder Nachbildungen wirklicher äusserer Gegenstände sein können, oder es auch nicht sind. Analysirt man die darunter begriffenen Geisteszustände, so findet man: die Aufmerksamkeit ist hochgradig auf einen Körpertheil gerichtet, mit dem gewisse Erscheinungen associirt werden.

Kapitel II. Einfluss der Intelligenz auf die Sensation. — Die Intelligenz kann normale und verkehrte Sensationen erregen (die Aesthesie, Hyper-, Anästhesie, Parästhesie, Dysästhesie), wie durch zahlreiche Beispiele belegt wird. Die wichtigsten Schlussfolgerungen, die der Vf. aus letzterem zieht, sind folgende: 1. Ideen, welche dadurch entstehen, dass die Sinne Eindrücke auf die peripherischen Endigungen der verschiedenen Nerven aufnehmen, können auf die Sinnescentren reagiren, allgemeine, besondere organische oder musculäre Sensationen beeinflussen und so Sinnestäuschungen veranlassen.

2. Wenn geistige Vorgänge zu imaginären oder zurückgerufenen Ideen führen, so können diese rein ideelle Zustände bilden, haben aber immer die Neigung — auch die der Idee entsprechende Sensation — wenn auch nur schwach — zurückzurufen.

3. Bei gewissen Hirnzuständen können die Sinnescentren so mächtig gereizt werden, dass — objectiv — die sensorische Kraft genau so stark ist, wie diejenige, welche auf einen Eindruck auf die peripherischen Nervenendigungen erfolgt, — daher Sinnestäuschungen oder Phantasmen.

4. Der Geist kann durch Aufmerksamkeit den Sinneseindruck so genau sich vergegenwärtigen, dass er z. B. beim Sehen das Spectrum (der Sonne, *Newton*) sich zurückrufen kann, welches auf die Netzhaut einen Eindruck gemacht hatte und vom Sensorium erfasst worden war.

Kapitel III. Einfluss der Intelligenz auf die willkürlichen Muskeln, — besteht in coordinirten Zusammenziehungen und Erschlaffungen, in unregel- und übermässigen Zusammenziehungen, in Verlust der Bewegungsfähigkeit. — Beispiele werden aus den unwillkürlichen Bewegungen beim Tischrücken, beim Gedankenlesen, aus der Nachahmung mit automatischer Gehirnthätigkeit entnommen, aus den Zuckungen und Krämpfen, die durch Erinnerung, Sympathie oder Nachahmung entstehen. — „Bei einer empfindlichen oder empfindlich gemachten Person genügt der blosse Glaube an die Unmöglichkeit, einen Muskel zusammenziehen zu können, um zeitweise Kraftlosigkeit herbeizuführen."

Kapitel IV. Einfluss der Intelligenz auf die unwillkürlichen Muskeln. Störung der Herzthätigkeit durch Aufmerksamkeit auf den Herzschlag, — der Athmung — z. B. respiratorische, bräuneartige Krämpfe bei 6—7 Kindern (*Weir-Mitchell*), Blutungen, Nasenbluten, Stigmata, — Schlaf und Erwachen zu im Voraus bestimmter Stunde, — Erbrechen in Folge eines vorgeblichen Brechmittels bei 80 von 100 Kranken (*Durand de Gros*).

Kapitel V. Einfluss der Intelligenz auf die organischen Functionen. — Geistige Zustände ändern die Ernährung der kleinen, die Gewebszellen ernährenden Gefässe. — Die Speicheldrüsen sondern ab durch die Vorstellung des Essens. *Eberle* dachte, um zu seinen Untersuchungen eine genügende Menge Speichel sich zu verschaffen, an sauere Früchte. Verstärkte Milchabsonderung bei einer Frau, wenn sie ein Kind schreien hörte, des Magensaftes durch die Idee des Essens, der Galle bei Ueberarbeitung am Studirtisch; es giebt imaginäre Schweiss, Urin und Stuhl befördernde Mittel. „Unfraglich kann ununterbrochenes Studium zu Zuckerruhr führen." Bezw. der Absorption wird *Joh. Müller*'s Ausspruch citirt: „Die Idee, dass ein Gewebsdefect durch einen Vorgang sicher beseitigt werden wird, verstärkt die organische Thätigkeit eines gewissen Theiles."

Folgerungen. 1) Rein ideelle Vorgänge können so lebhaft wirken, als wenn sie thatsächlich durch directe Einwirkung auf die Sinnesnerven herbeigeführt worden wären.

2) Die körperlichen Veränderungen (entsprechen den herrschenden Ideen und) erfolgen unwillkürlich, ein Beweis für die automatische Wirkung der Halbkugeln auf die untergeordneten sensorischen und motorischen Centren und den Sympathicus.

3) Die Muskelbewegungen zum Ausdruck von Geisteszuständen (Gestensprache) sind Wiederholungen von Vorgängen, welche durch äussere, starke Reize ausgelöst worden waren, indem die überschüssige Energie von den Ideen bildenden Rindencentren sich nach abwärts, den Wegen des geringsten Widerstandes, d. h. denen entlang sich erstreckt, die von früher her stereotyp geworden sind.

Zweiter Theil. Die Gefühle. „Der Autor gesteht, dass er zu den

Thieren von einer besonderen und engen Beziehung der Gefühle zum verlängerten Mark oder einem Theile der Sinnesganglien sehr hinneigt."

Kapitel VII. Einfluss der Gefühle auf die Sinnesempfindungen. — Angenehme und unangenehme psycho-physische Empfindung. — Bezügl. der Empfindung in der Herzgrube hat immer die Neigung bestanden, die tiefsten Gefühle der Seele mit dieser Gegend oder dem Nabel zu verbinden. Angst verursacht unzählige organische Empfindungen — Hyperästhesie und hysterische Anästhesie. Letztere befällt, nach *Briquet*, nur diejenigen Theile, welche von dem Cerebrospinalsystem, niemals die, welche vom Sympathicus innervirt werden (z. B. Eingeweide, Lungen). Hitze und Kälte, Hunger und Durst durch Gemüthsbewegungen.

Folgerungen. 1) Energisches Denken an einen Körpertheil begünstigt eine Verstärkung des Blutzuflusses und folglich seiner Empfindlichkeit, — insbesondere wenn sich eine mächtige Gefühlserregung dazu gesellt.

2) Energische Ablenkung des Denkens, bes. im Gefolge einer Gemüthsbewegung, vermindert die Empfindlichkeit.

Kapitel VIII. Einfluss der Gefühle auf die willkürlichen Muskeln. — Coordinirte Zusammenziehungen und Erschlaffungen, am deutlichsten im Gesicht, an den Athmungsmuskeln, weniger an den Extremitäten. Irreguläre und übermässige Zusammenziehungen, Zuckungen und Krämpfe: Epilepsie, Chorea, Katalepsie u. s. w. Verlust des Bewegungsvermögens: Paralyse. — Eine mächtige Gemüthsbewegung kann sich durch die sensomotorischen Ganglien auf alle beliebigen Nerven und Muskeln des Organismus entladen.

Kapitel IX. Einfluss der Gemüthsbewegungen auf die willkürlichen Muskeln.

Kapitel X. Einfluss der Gemüthsbewegungen auf die organischen Functionen.

Kapitel XI. Wirken geistige Zustände, insbes. Gefühle, ohne Unterschied auf die verschiedenen Organe und Gewebe?

Den Schluss der 3 äusserst inhaltreichen Kapitel bildet der Satz: Die Intelligenz ist in ihrer Thätigkeit hauptsächlich auf das Gehirn beschränkt, wenn sie auch Bewegung und die Function der Organe anregen kann, während die Gefühle mit weitaus grösster Stärke auf Herz und Lungen, Gefässe und Drüsen einwirken.

Dritter Theil. Der Wille beeinflusst bloss die Muskeln der Bewegung. Zu unterscheiden ist zwischen Wunsch oder Verlangen etwas zu thun, und Vermögen es auszuführen. Verschiedene Theorien. Fraglich ist „ob der Wille als eine unabhängige Fähigkeit, oder als das Schlussergebniss des beständigen Kampfes zwischen Gedanken und Empfindung anzusehen ist".

Kapitel XIII. 1. Einfluss des Willens auf die Sinneseindrücke. — Goethe hatte willkürliche Gesichtshallucinationen. *Griesinger's* geisteskranker Student vermochte seine Gehörstäuschungen — durch Anhalten des Athems

sich zu nähern und zu entfernen, was sich dadurch erklären lässt, dass bei der Exspiration der Liq. cerebro-spinalis aus dem Rückenmarkskanal in die Hirnhöhlen und Subarachnoidealräume aufsteigt und vice versa bei der Inspiration. —

2. Einfluss des Willens auf die willkürlichen Muskeln. — Erforderlich ist eine klare Vorstellung von dem Gewollten in den Hemisphären, normale Beschaffenheit des Bewegungscentrums und der centrifugalen Nerven, im Allgemeinen der volle Glaube an die Macht des Willens. *Calmeil* bewies durch sein eigenes Beispiel dem ungläubig sich verhaltenden *Esquirol*, dass man neuromuskuläre Störungen (Epilepsie) durch die Macht des Willens simuliren könne. Reflexbewegungen können unterdrückt werden. Vf. erzählt von seiner Katze, dass sie — angesichts einer Maus — ihren Hustenreiz eine Zeitlang unterdrückt habe.

3. Einfluss des Willens auf die unwillkürlichen Muskeln und die organischen Functionen. Beispiele: *Fox*, Naturforscher, 72 J. alt, vermehrte seine Pulsschläge willkürlich um 10—20 Schläge. Oberst Townsend konnte stundenlang den Puls unterdrücken; ein Mann (nach *Darwin*) jederzeit die Darmperistaltik beschleunigen, so dass nach ½ Stunde Ausleerung erfolgte; Prof. *Beer* erweiterte seine Pupillen unter Ideeneinfluss willkürlich. Verengerung ist schwieriger und seltener.

Vierter Theil. Einfluss des Geistes auf den Körper bei Behandlung von Krankheiten. Wie bei Gesunden krankheiterregend, so wirken Geisteszustände heilsam auf Kranke. Beispiele. Erregung von Furcht gegen Trunkenheit — ein zweideutiges Mittel. Macht des Willens, der Einbildung, Erwartung, Glaube, Hoffnung und Freude. Dahin die religiösen Wundercuren: Homöopathie, Mesmerismus, Braidismus, Hypnotismus und Suggestion.

Der Inhalt des letzten Kapitels ist so wichtig und wie die ganze Schrift so reichhaltig, dass man sie immer und immer wieder zur Hand nehmen kann, ohne das Interesse daran zu verlieren. Besonderen Werth verleihen ihr überdies die Zusätze und Noten des Uebersetzers, der, wie der Verleger des gut ausgestatteten Buches, Dank dafür verdient, dem deutschen Leser die klassische Arbeit des ausgezeichneten englischen Psychiaters zugänglich gemacht zu haben.

R. v. Krafft-Ebing, Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus.

Vf. hatte Gelegenheit an einer 29 J. alten, an Hysteria gravis leidenden, erblich beanlagten, sehr intelligenten Ungarin, mit zweideutigem Vorleben, unter strenger Controle ausgeführte hypnotische Experimente in psychologischer und therapeutischer Beziehung anzustellen, die sich mit den bereits bekannten Erfahrungen *Braid*'s, *Charcot*'s und vieler Anderen vollständig decken. In Folge von in autosomnambulem Zustande begangenen

Diebstählen war Pat. zuerst in Budapest in die Klinik des Docenten Dr. *Jendrássik* und nach 9monatlichem Verweilen in die Irrenklinik zu Graz eingestellt worden.

Dort wie hier wurden hystero-epileptische Anfälle, Phantasmen, rechtsseitige Hemianästhesie, Taedium vitae (1 Bruder und 1 Schwester sind durch Selbstmord gestorben) und — erworbene — conträre Sexualempfindung beobachtet. — Der Epikrise des Vfs. entnehmen wir Folgendes. Es sind bei der Pat. 3 verschiedene Bewusstseinskreise wahrzunehmen, deren jeder sein eigenes Gedächtniss hat. In I. ist Pat. eine gewöhnliche Hystero-Epileptische bei voller Helligkeit des Bewusstseins, in II. eine in tiefem Hemmungs- oder Schlafzustand befindliche, aber partiell erweckbar und zu maschineller, automatischer, höchst präciser Leistung durch Suggestion verwendbar. In III. gleicht Pat. einer Nachtwandlerin in beschränktem seelischen Gebiet spontan leistungsfähig auf Grund autosuggestiver oder posthypnotischer, von dritter Person suggerirter Ideen, aber auf der Stufe eines traumhaft vertieften Bewusstseins. — In dieser Verfassung wird sie gelegentlich zur schuldlosen Diebin. Sie steht aber auch in Gefahr, jederzeit das willenlose Werkzeug des intellectuellen Urhebers eines Verbrechens zu werden.

Unter den Experimenten sind besonders hervorzuheben: die suggerirte Veränderung der Persönlichkeit, für welche der Belag in den wiedergegebenen Schriftzügen der Pat. zu finden ist, dann der farbige Abdruck auf dem gelähmten Arm applicirter Buchstaben, die durch Transfert in Spiegelschrift auf dem gesunden Arm erscheinen; endlich dass Pat. nur auf das Geheiss des Experimentators, nicht aber auf das der übrigen Anwesenden reagirte. Der *Richet*'sche Versuch der Gedankenübertragung (suggestion mentale) gelang indess nicht, ebenso wenig der der Fernwirkung von Arzneistoffen, obgleich unter Thymusessenz etwas Aehnliches zum Vorschein kam.

In Bezug auf die Therapie sagt Vf.: „ich halte die hypnotische Suggestion für eine werthvolle Bereicherung der Therapie der functionellen Nervenkrankheiten".

Julius Nelson, A Study of dreams. — Americ. Journ. of Psychology, Vol. I, No. 3.

Vf. geht in seiner Studie von dem Gedanken aus, dass es in wissenschaftlicher Beziehung weniger darauf ankommt, was man träumt, als auf die deutliche Erinnerung der Träume und deren Gesammtzahl, wie auf die leiblichen Zustände, unter denen sie zustande kommt. Die Selbstbeobachtung hat dem Vf., der von mütterlicher Seite und von Jugend auf zum Träumen beanlagt sei, ergeben, dass die Morgenträume am Deutlichsten zur Erinnerung kommen. Seit Novbr. 1884 hat er mehr als 1000 Träume jährlich notirt, welche z. Th. dieser Arbeit zu Grunde liegen — und zunächst

mit Hilfe der danach entworfenen Tabellen — auf Periodicität im Geschlechtsleben des Mannes, nicht weniger als in dem des Weibes hinweisen.

An *Krafft-Ebing*'s Arbeit schliesst sich zunächst an der Aufsatz von:

E. Jendrássik, Einiges über Suggestion. — Neurol. Centralbl. No. 10 u. 11.

Dieselbe Kranke, welche *Krafft-Ebing* zum Gegenstande seiner Studie gemacht hat, wurde schon in Budapest durch Prof. *Ajtay* als an Hysterie leidend und leicht hypnotisirbar erkannt. „Ihr Vorleben ist der wahre Roman der Hysterie"; die Hypnotisation gelang ohne Weiteres durch die in gewöhnlichem Tone gesprochenen Worte: „Sie schlafen" oder durch ein plötzliches „Hopp". Pat. verfiel dann in kataleptiformen Zustand und Abulie, und wurde für Suggestionen äusserst empfänglich. Contracturen durch Drücken eines Körpertheiles hervorgerufen, schwanden durch verbale Suggestion. Frost, Hitze durch die Vorstellung eines Bades, völlige Trunkenheit durch die des Genusses von Wein, Lähmung einer Extremität, wobei die tiefen Reflexe sich steigerten, Hemianästhesien, Taubheit und Blindheit, allgemeine wie partielle — für bestimmte Personen, Stimmen und Töne, — Verbot, durch gewisse Personen sich hypnotisiren zu lassen, Verwandlung in einen Hund, Versetzung in verschiedene Lebensphasen, die durch Schriftproben sich objectiviren liessen, wurden mit Erfolg versucht; ebenso die Aufgabe, in der Posthypnose einen Gegenwärtigen ermorden zu wollen. Von den Suggestionserscheinungen auf der Haut waren die unter der Vorstellung eines glühenden Körpers und von Senfteigen am ausgeprägtesten, und zwar so, dass der Gegenstand — eine Scheere, eine Wäschemarke u. dgl. m. auf die linke Seite gedrückt — als Spiegelbild auf der rechten erschien. Die Narben davon brachte Pat. noch nach Graz mit. Dagegen gelang es nicht, Fieber zu suggeriren; das Thermometer blieb auf 37,4° stehen; in Graz wurden indess höhere Temperaturen beobachtet. Eigentliche Blutungen liessen sich nicht suggeriren, wohl aber Hyperämie (rothe Flecke). Grosse Wirkung hatte der Magnet. Ein Handtuch, das den Magnet bedeckte, verursachte in den Händen der Pat. die heftigste Contractur; in Graz erfolgte die spasmogene Wirkung des Magnet nur in der Hand des Experimentators.

Die Grundursache des hypnotischen Schlafes ist, nach *J.*, die Einschränkung der Associationsthätigkeit des Gehirns; die — von dem einen der beiden nervösen Elemente der Hirnrinde, von den Fasern, abhängig zu sein scheint, während die Zellen die Erinnerungsbilder aufbewahren.

„Im gewöhnlichen wachen Zustande beschäftigen unser Gehirn fortwährend Ideen, die durch äussere Sinnenreize entstanden, durch die geschulte Association weiter gesponnen, ihren Inhalt daher beständig ändern. — Ein ähnliches Wechselspiel findet im Schlaf als Traum statt, — Er-

innerungsbilder durch Erregung einzelner Zellengruppen — spontan entstanden, tauchen auf und verschwinden", denn „die Erregbarkeit der Zellen ist dabei sehr schwach. — In der Hypnose dagegen haben die Zellen ihre volle Erregungsfähigkeit, sie sind „wach", aber die Erregbarkeit der verbindenden Elemente ist für Associationsprocesse aufgehoben. — Wie dieser Zustand entsteht, kann man jetzt noch nicht beantworten."

Im hypnotischen Schlaf entsteht eine einfache, der Reizwirkung conforme Erregung, die aber, weil beschränkt, sehr intensiv ist. — Die suggerirte Idee verbleibt unverändert, gerade so wie eine kataleptische Körperhaltung, Contractur u. s. w.

„Was ist nun Suggestion? — Es ist eine Einwirkung, die eine der suggerirten Idee „conforme Wirkung hervorbringt", d. h. es wird in den entsprechenden Gehirnelementen eine Verbindung von gewissen Erinnerungsbildern wachgerufen, die für den Hypnotismus als wahr erscheint, weil, infolge aufgehobener Association, ein Vergleich mit früher gesammelten Kenntnissen fehlt. Sämmtliche Erscheinungen hängen nämlich vom Grosshirn ab und alle hypnotischen Experimente sind Suggestionswirkungen."

Erklärungsversuche der hypnotischen Zustände finden sich in der grossen noch nicht beendeten Arbeit *Brugia*'s im Archiv. ital. p. l. malatt. nerv. ecc. Ao. XXV. H. 4.

„Einige therapeutische Versuche mit der Hypnose theilt Dr. *Sperling* aus der Nervenklinik der Pfss. *Mendel* und *Eulenburg* im Neurolog. Centralbl. No. 11, 12, 14 mit.

Aus 8 zur Illustration günstigen Erfolges dienenden Krankengeschichten zieht Vf. folgende Schlüsse: 1. Die planvolle Anwendung der Hypnose als Heilmittel ist durchaus berechtigt. 2. Der Gebrauch der Hypnose steht nur dem Arzte zu. 3. Es wäre ein Fehler, wollten die Aerzte der Forschung auf diesem Gebiete sich enthalten. 4. Das staatliche Verbot öffentlicher hypnotischer Schaustellungen ist sehr weise. 5. Der Erfolg der therapeutischen Hypnose hängt von der richtigen Indication, von der Methode, von dem persönlichen Einflusse des Arztes ab. 6. Allgemeine Regeln für die Behandlung lassen sich bis jetzt nicht aufstellen. 7. Uebele Nachwirkungen habe ich niemals gesehen.

Vf. will nur kaum die Hälfte der Fälle beschrieben haben, in denen ihm die H. mehr oder weniger treffliche Dienste leistete; unerwähnt sei ein Trismus hyster., der in wenigen Sitzungen geheilt wurde, zwei hysterische Lähmungen, eine hypochondrische Hysterie, eine hysterische Psychose, eine Neurasthenie und eine Railway spine. Dagegen sei ihm eine ganze Reihe von Fällen der gewöhnlichen hypochondrischen Hysterie vollkommen verunglückt, einige Fälle von Railway spine, 2 Fälle von Singultus hystericus u. a. m. Die Hypnotisation der Pat. gelang ihm leicht und habe er besonders in der letzten Zeit niemals eine ganz resistente Person gefunden.

Unter den 8 oben erwähnten Fällen handelt es sich 1. um einen 22 J.

alten Hystero-Epileptiker (traumatische Neurose), der bei einem ungemein schwächlichen Körperbau, gleichzeitig verdächtige Rasselgeräusche über beiden Lungenspitzen, sehr heftige Nachtschweisse, Parese u. a. m. wahrnehmen liess. Behandlung: 8 mal Hypnose, 3 mal wöchentlich allgemeine Faradisation c. 8 Wochen lang, regelmässige Bäder, kalte Abreibungen und Gymnastik, endlich 500 Creosotkapseln (2—8 Stück täglich). Erfolg: Verschwinden des Hustens und Auswurfs, der asthmatischen Beschwerden, der Rasselgeräusche und (neurasthenischen) Nachtschweisse. Gewichtszunahme von 108 auf 130 Pfd. — Fall 2 betraf eine 22jährige, für Suggestion wenig empfängliche Person mit „Schreckcontractur der Beine", Lachkrämpfen etc., der Erfolg vorübergehend. Dagegen gelang die Heilung hystero-epileptischer Anfälle bei einem 22j., erblich belasteten robusten Mädchen (Fall 3). Die „hypnotische Dosis" betrug 15 Min. Sitzung vom 2. bis 20. Mai (exc. 8. u. 9. Mai) täglich einmal. Fall 4. 17 J. alter Mensch mit langjähriger traumatischer Hystero-Epilepsie verfiel während (3maliger) Hypnose in kataleptische Starre des ganzen Körpers und wurde ungeheilt entlassen. Fall 5. Wiederum ein 22j. Mädchen mit Migräne, dann motorischer Schwäche, Zittern der Extremitäten, starken Patellar- und Hautreflexen. Verdacht auf Bleiintoxication. Vom 25. April bis 16. Mai c. 20 h. Sitzungen, Besserung der Gehfähigkeit schon nach der ersten. Nur eine gewisse allgemeine Schwäche blieb zurück. Fall 6. Hysterische Lähmung bei einem 14j. Mädchen. Verdacht auf tuberculose Myelitis. Schleppender Gang, Einknicken der Knie, lordotische, schmerzhafte Wirbelsäule, starke Patellarreflexe. — Elektrische Cur nebst Bädern, Abreibungen besserten nichts. — Nach 10 hypnotischen Sitzungen (Suggestion) Heilung. Fall 7. Abducenslähmung und eine Reihe hysterischer Beschwerden im Anschluss an Malariaintoxicaton bei einer 23j. — Anfangs Galvanisation, dann Uebung der Augenbewegungen während der Hypnose. — Besserung der Diplopie. Fall 8 ist in einer Dissertation von *Lazarus* „Typhus und Gehirnkrankheiten", Berl. 1888, verwerthet. Frau L., 36 J. alte Plätterin. Lähmung des rechten Armes, Parese des rechten Beines und rechten Facialis. — 3 Mon. fortgesetzte elektrische Cur nutzlos. — Beweglichkeit nach den ersten hypnotischen Sitzungen freier, nach 30 Sitzungen vollständig.

Frey, L., Heilung von Schlaflosigkeit durch hypnotische Suggestionen. — Wien. med. Presse. No. 25.

Die 3 eklatanten Fälle, auf Grund deren Vf. sich als begeisterten Jünger des Hypnotismus bekennt, sind in Kürze folgende. 1. Frau v. D. wurde am 18. Jan. 1888 an einem Fibrom der linken Brustdrüse ohne Anwendung von Chloroform oder Cocain operirt. Nach 3 Wochen klagt sie über Schmerzen in der Narbe und totale Schlaflosigkeit. Morphium, Chloralhydrat, Paraldehyd, Urethan versagten, sie verursachten sogar erschreckende Aufregungszustände. Am 6. Febr. wurde Pat. hypnotisirt durch Vorhalten einer Uhr und schlief nach 2 Minuten, dabei totale Analgesie,

Suggestion gelang erst anderen Tages bei der 2. Sitzung „geradezu wunderbar". Sie sollte ein Eisenstück aus einem Kasten hervorholen, das unter ihr Kopfkissen legen und von 8 Uhr V. bis 6 Uhr M. schlafen. Am folgenden Tage brachte sie das Eisenstück zurück, sie hatte 10 Stunden ohne Unterbrechung geschlafen. Ein Controlversuch am nächsten Tage, Unterlassung der Suggestion von Schlaf, bestätigte die Wirksamkeit der vorausgegangenen Suggestion. So wurden denn auch die diversen Kreuz- und Gliederschmerzen zum Verschwinden gebracht und auf Monate hinaus ein gesunder Schlaf suggerirt. No. 2 betraf einen an Delirium tremens leidenden Hausknecht, der auf Suggestion in einen 10stündigen Schlaf, anderen Tages spontan in Schlaf verfiel, und nach 3 Tagen das Spital geheilt verliess; No. 3 einen Mediciner, der in Folge einer in selbstmörderischer Absicht sich beigebrachten Schusswunde an Hämatopneumothorax und in der Reconvalescenz an hartnäckigster Schlaflosigkeit litt. 3 malige Suggestion hob die letztere. Pat. wurde geheilt.

Dr. *G. Anton* (Assistent der psychiatr. Klinik von *Meynert*), Hypnotische Heilmethode und mitgetheilte Neurosen (s. Jahrbücher für Psychiatrie. Bd. VIII. H. 1 u. 2) bringt auf Grund eines Falles von hypnotischer Neurose mancherlei „Warnendes und Belehrendes" über die hypnotische Behandlungsweise. Heftiger Kopfschmerz gab die Indication zur Hypnose. Die grosse Empfänglichkeit führte zu Autohypnose, Angstzuständen, Krämpfen. Indicirt war nunmehr Antihypnose. Die Therapie bestand in Bettruhe, Isolirung, Massage und Muskelklopfung, *Weir-Mitchel*'s Uebernährungscur; lauen Bädern, Bromnatrium; Antipyrin oder Paullin. sorbilis.

Als warnendes Beispiel dienen ferner die Selbstbeobachtungen des Dr. *Friedländer*, der zuerst von *Hansen* als Medium entdeckt, von *Heidenhain* und *Berger* 2—3 Mon. lang hypnotisirt, in einen hystero-epileptischen Zustand verfiel. — Als belehrend sind weiter 2 Fälle von Nachahmungskrämpfen bei Hysterischen angeführt, vermittelt durch das Gehör.

Ueberaus wichtiger sind die Einwände, welche Prof. *Seeligmüller* in Halle gegen den Hypnotismus erhebt in einer Reihe von Abhandlungen, unter dem Titel:

Der moderne Hypnotismus, ein kritischer Essay. — Deutsche Med. Wochenschr. No. 2, 14, 17, 31, 32, 33, 34.

Vf. fertigt zunächst die auf Selbsttäuschung beruhende und als solche von *Dujardin-Beaumetz* erkannte Fernwirkung toxischer und medicamentöser Stoffe in eingehender Weise ab; behandelt dann ebenso ausführlich die bekannten Suggestionserscheinungen im hypnotischen und posthypnotischen Zustande, so wie das als Fascination bezeichnete Phänomen des Hervorrufens von Suggestion im wachen Zustande durch Anstarren, beleuchtet dabei, wie die unheimlichen Stoffe des H. der französischen Malerei und Romanschreiberei als Unterlage dienen und erinnert an die humoristi-

sche Behandlung des Gegenstandes durch Jean Paul. (Auch die deutsche Romanliteratur hat schon eine hypnotische Schauergeschichte von Samarow aufzuweisen. Ref.)

Uebrigens schliesst sich *S.* dem Urtheile *Binswanger*'s (in *Eulenburg*'s Realencyklopädie Bd. X, p. 105 u. 115) an, wo es heisst: Wie weit der leichter erregbare Nationalcharakter der Franzosen die dortigen Versuchspersonen zur Suggestion geeigneter macht, oder aber das lang fortgesetzte „Training" derselben die bizarren Vorgänge zeitigt, vermögen wir nicht zu entscheiden. — In gleicher Weise, wie noch manche Erscheinungen verschiedener functioneller Neurosen der Erklärung harren, bergen die hypnotischen Versuche noch viele ungelöste Räthsel." Vf. bleibt bei seiner Behauptung, dass Grande Hystérie ebenso wie ausgesprochene Suggestibilität bei den germanischen Völkern ungleich seltener vorkommt, als bei den romanischen. (Gegen den zweiten Theil dieses Satzes sprechen die Mittheilungen *van Renthergem*'s und *van Eeden*'s aus Holland und die *Wetterstrand*'s aus Schweden. S. unten.)

Ernstlicher wird Vfs. Kritik in dem Kapitel über therapeutische Verwendung der Suggestion, I. als Heilmittel in Krankheiten, II. als moralisches Correctiv, indem er aus den 92 Fällen von Heilungen unter 105 Beobachtungen *Bernheim*'s einzelne herausgreift und an Fall 9 nachweist, dass die Diagnose: Parese der Handmuskeln, traumatischen Ursprunges, falsch gewesen, dass es sich wahrscheinlich nur um einen Reflexkrampf im Gebiete des N. ulnaris gehandelt habe, — ein Fall, der mit dem Batteriestrom ebenfalls in 10 Min. zu bessern sei.

Fall 9. Extensorenlähmung durch Bleivergiftung — ist erst nach 3 Monaten gebessert worden.

Fall 31. Epilepsie mit Zittern der Hände, Schlaflosigkeit, Kopfschmerz. — Nicht die Epilepsie selbst, sondern nur die Folgezustände wurden geheilt.

Von *Bernheim*'s 3 Fällen von Schlaflosigkeit betreffen 2 Hysterische, der dritte — bei einem 56j. Müller — blieb erfolglos. — Die Heilung Hysterischer hat aber für *S.* alles Wunderbare verloren, seitdem er gesehen, dass eine alte Hemiplegie und Hemianaesthia alternans, ebenso eine alte, vollständige Aphonie nach leichter faradischer Pinselung verschwanden. Aus der Gruppe der Neurosen sind *B.*'s Fälle von Heilung oder Besserung von Chorea, Hemichorea, Schreibkrampf, Tetanie — in Bezug auf die Zeitdauer der Behandlung nicht beweisend für die Suggestivbehandlung.

Im Weiteren gesteht *S.* gern zu, dass es gelingt, einzelne Symptome, besonders Störungen der Sensibilität — Anästhesien oder Schmerzen durch Suggestion günstig zu beeinflussen — kann aber nicht zugeben, dass diese zur Heilung von organischen Läsionen der Centralorgane (?) oder der peripheren Nerven von Belang sei.

Ueber günstige Erfolge der Suggestion bei Geisteskranken berichtete zuerst *Aug. Voisin*, allerdings mit dem Wunsche, dass alle Geistes-

krankheiten auf hysterischer Basis beruhen möchten. Unter seinen Krankheitsfällen befinden sich gleichwohl solche sehr hartnäckiger Art, die nur durch die seltene Ausdauer des behandelnden Arztes überwunden werden konnten, während sie früher auch anderwärts bald der Klasse der Unheilbaren zugesellt wurden. Auch *Forel* in Burghölzli hat einige günstige Erfolge bei Hallucinanten aufzuweisen, obgleich er „das Feld der Psychosen für die therapeutische Wirkung der Suggestion für äusserst ungünstig" hält. „*Binswanger* warnt gerade bei Geisteskranken, einschliesslich des hysterischen Irreseins, vor ausgedehnten, wiederholten hypnotischen Proceduren. Nur bei nervöser Schlaflosigkeit, kataleptischen und somnambulen Zuständen ist es auch ihm gelungen, die Anfälle zu coupiren, und mehrstündigen, erfrischenden Schlaf herbeizuführen."

Weiter werden erfolgreiche Versuche gegen Alcoholismus, Morphiumsucht und unmässigen Tabaksgenuss von *A. Voisin*, *Forel* u. A. m. angeführt.

Dagegen missbilligt *S.* die therapeutische Verwendung des H. als moralisches Correctiv in der Erziehung des Kindes, da derselbe den bewussten Willen ausschliesst und eine vernünftige Erziehung ohne geflissentliche Anregung desselben nicht denkbar, der hypnotische Zustand überdies, auch nach *Charcot*, eine neuropathologische Erscheinung und die leicht suggestibeln Personen als sozusagen constitutionell nervenkrank anzusehen seien. „Man versetzt also einen zur Verrücktheit Disponirten wirklich in den Zustand des Verrücktseins, um ihn gesund zu machen." — Darauf wird erwidert, dass diese „Versetzung" doch nur eine vorübergehende ist oder sein soll. — Wirkliche Erfolge sind freilich auf diesem durch *Durand* schon 1860, durch *A. Voisin* neuerdings angeregten, und durch *Bérillon* zur Doctrin erhobenem Wege bei perversen moralischen Zuständen bisher nur sehr wenige erzielt worden. — Dass ein sozusagen chronischer Zustand der H. — wie die posthypnotischen Erscheinungen zeigen — ernstliche Gefahren bieten, ist unleugbar. Vf. verspricht dieselben und die legale Bedeutung der H. in einem weiteren Kapitel zu besprechen.

Reichlicher Stoff in dieser Hinsicht findet sich in den Discussionen der Pariser Société médico-psychologique und der belgischen Académie de Médicine. (Revue de l'hypnotisme, Julliet-Decembre, p. 175 sqq.)

Prof. *Guermonprez* in Lille spricht sich äusserst entschieden gegen die Ausübung der hypnotischen Praxis durch Nichtärzte aus, gegenüber den DDr. *Kuborn* und *Nuel*, die keine Gefahr darin sehen. *Lombroso*, *Bozzolo* und *Silva* haben Verschlimmerung aller Arten von Nervenleiden nach öffentlichen Schaustellungen gesehen, *Azam* einen Fall von wirklicher Epilepsie, *Charpignon* einen Selbstmord, selbst *Beaunis* sieht Gefahr in der vollständigen Abhängigkeit des Hypnotisirten vom Hypnotiseur. —

Auch Dr. *Semal*, der rühmlichst bekannte Director der Irrenanstalt zu Mons, Belgien, sieht in den hypnotischen Erscheinungen den Ausdruck einer experimentellen Psychose, die als Lehrgegenstand den Universitäten vorbehalten bleiben müsse.

Unter den Gegnern des H. erscheint nun auch die (katholische) Kirche in 2 Vertretern, dem P. de Bonnist und dem Bischof von Madrid. In dem sonst sehr milde gehaltenen Hirtenbriefe des letzteren ist es hauptsächlich der Gedanke, dass die Freiheit, das Selbstbewusstsein resp. Gewissen durch den H. unterdrückt werde, weshalb die Gläubigen davor gewarnt werden. Dem P. de B. ist es dagegen mehr um die Concurrenz des H. mit dem Wunder zu thun, welches die Kirche für sich allein in Anspruch nimmt. Bei dieser Gelegenheit erfahren wir denn auch, dass es in Paris einen Verein gläubiger Aerzte giebt, welche die Satzungen der Kirche zwar anerkennen, zu den echten Wundern aber nicht zählen, was auf natürlichem Wege erklärt werden könne, also auch die Erscheinungen der Suggestion und Autosuggestion.

Nicht verwunderlich ist es, dass die fortvegetirende Schule der Phrenologen aus den modernen Anschauungen über Localisation auf der Hirnrinde und aus den hypnotischen Erscheinungen neue Nahrung schöpft und nach wissenschaftlicher Begründung ihrer Lehren sucht. So *Bernard Hollander*'s Schriftchen: The old and modern Phrenology. 1889.

Schliesslich ist noch einer der neuesten deutschen Schriften, „Beitrag zur therapeutischen Verwerthung des Hypnotismus" von *A.* Freiherr *v. Schrenck-Notzing*, Dr. med. u. pract. Arzt, Leipzig, F. C. W. Vogel, 1888 — als einer vorzüglichen Leistung zu gedenken. Diese als Dissertationsschrift unter *v. Ziemssen*'s Augen entstandene, sehr fleissige Arbeit giebt nicht nur eine äusserst klare und objective Darstellung der Entwickelungsgeschichte des modernen Hypnotismus in Frankreich und den übrigen Culturländern, sondern auch sehr beachtenswerthe kritische Bemerkungen bezüglich des heutigen Standes des Hypnotismus nnd der Suggestion.

Die eigenen, gelungenen wie missglückten, Versuche des Vfs. dienen ihm dabei als Controle. Aus Allem geht hervor, dass, wie man auch über den Gegenstand denken möge, „man die Beschäftigung mit diesen Dingen — um *Binswanger*'s Ausdruck zu gebrauchen — bei allem Skepticismus nicht von der Hand weisen darf," denn „es sind Thatsachen, die nicht wegzuleugnen sind".

Betreffs der anzuwendenden Methode spricht sich Vf. für das combinirte *Braid-Bernheim*'sche Verfahren als des am wenigsten gefährlichen aus. Die *Charcot*'schen Stadien hat auch er nie in ihrer Schärfe beobachtet. Versuche an Geisteskranken, die nach *Binswanger* mehr Schaden als Nutzen bringen, solle man nur dann anstellen, wenn andere Behandlungsmethoden nichts nützen, oder grössere Gefahren mit sich bringen. — Die

landläufige Redensart „dass Deutsche, Engländer, Holländer und Schweden sich schwerer hypnotisiren lassen, als die Franzosen und Italiener“ (S. 58) ist wohl nur cum grano salis zu verstehen, da „*Braid*, *Westerstrand*, *van Renterghem* und *Moll* diese Schwierigkeiten zu überwinden wussten“. — Vf. selbst führt nämlich an, dass von 178 hypnotisch behandelten Holländern nur 9, von 718 Schweden 17, von 128 deutschen Schweizern (*Forel* in Zürich) 28 unbeeinflusst blieben. Ob „die stärker ausgeprägte Selbstständigkeit“ der Rasse für die leichtere oder schwierigere Suggestionsfähigkeit maassgebend sei, bleibt somit umsomehr zweifelhaft, wenn man bedenkt, dass *Bernheim* bei der aufgeregten Bevölkerung Nancy's nur c. 80 pCt. suggestionsfähige Individuen fand. Eine sehr dankenswerthe Aufgabe der Anthropologie und vergleichenden Pathologie dürften statistische Erhebungen über das Maass der Nervosität bei den verschiedenen Rassen sein, wodurch beiläufig zur Richtigstellung gewisser nationaler Vorurtheile eine sichere Handhabe gewonnen würde.

Den Schluss der *N.*'schen Schrift bildet die ausführliche Uebersicht der Literatur, die zum grössten Theil der ausgezeichneten Bibliographie des modern. Hypnot. von *Max Dessoir* entnommen ist.

***Cybulski*, Ueber den Hypnotismus vom Standpunkte der Physiologie. — Prezeglod lekarski 1887. 21—32.**

Verf. unterzieht auf Grund eigener Versuche und der Literatur das Wesen des Hypnotismus einer eingehenden Kritik. Was ist das eigentliche Agens bei der Entstehung der Hypnose? Alle dabei angewandten Methoden haben das Gemeinsame, dass sie die zu hypnotisirende Person dazu bringen, ihre ganze Aufmerksamkeit auf einen Gedanken, gewöhnlich den, einschlafen zu sollen, zu fixiren. Das wahre Agens steckt somit im Organismus selbst und beruht durchaus nicht auf den verschiedenen Manipulationen des Hypnotiseurs, oder dergleichen. Das sogenannte sympathische Verhältniss zwischen beiden hängt davon ab, dass der Hypnotisirte, gewöhnlich schon im Voraus von dem eigenartigen Einflusse des Hypnotiseurs überzeugt, mit dem Gedanken an ihn einschläft. Die Veränderungen in der Athmung, Puls etc. sind für die Hypnose nichts Charakteristisches, denn auch im normalen Zustande beeinflussen auch die leichtesten Reize die verschiedensten Körperfunctionen mannigfach. Die Möglichkeit, in der Hypnose leicht einen partiellen oder allgemeinen Tetanus hervorzurufen, hängt vielmehr von der erhöhten Erregbarkeit der psychomotorischen Centren, als der Nerven und Muskeln ab. Im Hypnotismus ist das Bewusstsein aufgehoben, die unbewusste Thätigkeit des Gehirns dagegen angeregt, und dabei auch das Gedächtniss derart geschärft, dass jedes Wort eine entsprechende lebhafte Vorstellung hervorruft. Aehnlich verhält sich die Sache auch im posthypnotischen Zustande, so dass die

während desselben ausgeführten Handlungen auch in der Hypnose geschehen. Auch die erst nach mehreren Stunden oder Tagen zu Stande kommenden Handlungen werden im neuerlichen hypnotischen Zustande vollführt. Der Hypnotismus beruht demnach auf gewissen Veränderungen der Hirnthätigkeit: Wille und Bewusstsein sind ganz aufgehoben oder bedeutend herabgedrückt und die unbewussten Functionen bleiben intact: Der Hypnotische wird zu einem Automat und ist sowohl für äussere als auch innere, früher bei vollem Bewusstsein entstandene Motive empfänglich. Die Reaction auf dieselben muss nicht als ein Willensact, sondern als ein Reflex betrachtet werden. Der hypnotische Zustand ist nicht ein Status sui generis, denn er bietet keine einzige Erscheinung, die man auch im normalen Zustande durch verschiedene Einflüsse nicht hervorrufen könnte, wenn man bedenkt, dass durch verschiedene psychische Einwirkungen und Stimmungen verschiedene Aenderungen in den Körperfunctionen entstehen können. Am nächsten liegt hier der Gedanke an gewisse Hemmungsvorgänge. Die intensiv auf eine Vorstellung fixirte Aufmerksamkeit, also die dadurch herbeigeführte Thätigkeit gewisser Hirncentren hemmt die bewusste Thätigkeit anderer Hirntheile und erniedrigt ihre Erregbarkeit so sehr, dass gleichzeitig einwirkende Reize zum Bewusstsein nicht gelangen können. Da die zur Erhaltung des Bewusstseins nöthigen Eindrücke fehlen, so muss der Schlaf eintreten. Ob dabei die Aufmerksamkeit auf einen grellen Gegenstand, die verschiedenen Manipulationen des Hypnotiseurs oder dergl. fixirt wird, ist gleichgiltig. Der hypnotische Zustand unterscheidet sich vom normalen Schlafe dadurch, dass im ersteren nur die an bewussten Functionen Theil nehmenden Hirncentren gehemmt werden, während im letzteren, mit Ausnahme der automatischen Centren, die Erregbarkeit des ganzen Nervensystems herabgedrückt ist. Gleichzeitig beobachtete Aenderungen in der Circulation sind als begleitendes, aber nicht als ursächliches Moment zu betrachten. Zu der Entstehung der Hypnose ist das Bestehen einer abnormen Einwirkung der Hemmvorrichtungen auf die bewussten Hirnfunctionen nöthig, daher kann man nicht alle gesunden Menschen hypnotisiren. Jedenfalls ist es sicher, dass man zur Erklärung der Hypnose weder unbestimmte Strömungen von einem Organismus auf den anderen, noch die sog. Sympathie herbeizuziehen braucht. Die bewunderte Suggestion mentale par distance ist nicht bewiesen und beruht auf Täuschung; bei der während der Hypnose enorm erhöhten Empfindlichkeit werden auch solche Erscheinungen als Reize empfunden, welche auf normale Sinne gar nicht einwirken. Ganz gleichgiltig ist es auch, ob das sog. Hypnoskop ein wahrer oder falscher Magnet ist. Der Hypnotismus ist vor Allem wichtig für den Fortschritt der experimentellen Psychologie, dann auch als ein Theil der psychischen Therapie.

S.

***Tokarski, A. A.*, Hypnotismus und Suggestion. — Russ. Archiv f. Psych. B. XI. H. 2 u. 3.**

Verfasser gibt auf einigen 70 Seiten eine Schilderung des Hypnotismus und der Suggestion; seine Auffassung und Schilderung basiren vorzüglich auf eigenen Beobachtungen und Experimenten. Bei der Beschreibung der hypnotischen Erscheinungen und deren Eintheilung stimmt er weniger mit *Charcot* als mit *Bernheim* überein und äussert sich an einer Stelle, dass er durchaus nicht zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Hysterie zur Entwickelung der Hypnose beitrage, da er nicht selten Hysterische angetroffen, welche für die Hypnose ganz unzugänglich waren.

Was die von *Bernheim* angeführte Eintheilung anbelangt, so stimmt er mit derselben überein, betont jedoch, dass auch in ihr nicht alle zu beobachtenden Erscheinungen inbegriffen sind. Die Resultate, zu denen *Tokarski* gelangt, lassen sich in folgenden Sätzen ausdrücken.

Die hypnotischen Zustände äussern sich in einer Störung der höheren Functionen des psychischen Organes, einer Störung der Association, welche in einer theilweisen Thätigkeit einzelner Associationsgruppen besteht.

Auf diese Art wird die Fähigkeit einer regelrechten Abschätzung der Wirklichkeit aufgehoben, zu welcher ja die harmonische Thätigkeit aller Theile des psychischen Organes unbedingt nothwendig ist, und so entstehen die Bedingungen zum Auftreten von Sinnestäuschungen.

In der grössten Zahl der Fälle unterscheidet sich die psychische Thätigkeit, ebenso wie die Thätigkeit der Sinnesorgane, nur wenig, was den Grad der Stärke anbelangt, von den normalen Thätigkeiten.

Die in einzelnen Fällen beobachtete ausserordentliche Verschärfung der Sinnesorgane und der psychischen Thätigkeit darf nicht ausschliesslich von dem hypnotischen Zustande abhängig betrachtet werden, und solche Zustände müssen gesondert untersucht und studirt werden.

Fälle, in welchen nur gedachte Suggestionen und die Wirkung von Arzneien per Distance beobachtet werden (müssen genau bewiesen werden), gehören dieser Categorie von Erscheinungen an.

Bei der Vollstreckung der Suggestionen unterscheidet sich der psychische Zustand des Subjectes durch Nichts von der Hypnose. (Dem hypnotischen Zustande.)

Ein analoger Zustand entsteht bei der Erinnerung an das, was während des Schlafes geschehen ist, wenn nämlich die Erinnerung das Gesehene oder Gehörte mit hinreichender Klarheit wiedergiebt.

Die Erinnerung an das im Schlafe Geschehene bleibt oft vollständig erhalten, schwächt jedoch bei wiederholten Versuchen ab, und kann auch ganz erlöschen.

P. S. Der Vortrag über diesen Gegenstand wurde vom Verfasser im October 1887 in der Moskauer Psychologischen Gesellschaft gehalten.

A. v. Rothe.

2. Psychophysik. Ref.: Kraepelin-Dorpat.

***Merkel*, Die Abhängigkeit zwischen Reiz und Empfindung, zweite Abtheilung. — Philosophische Studien V, 2.**

Nach einigen polemischen Auseinandersetzungen mit *Grotenfelt*, auf die wir hier nicht näher eingehen können, berichtet *M.* über umfangreiche Untersuchungen, die er auf dem Gebiete des Drucksinnes zur Prüfung der Frage nach der Abhängigkeit zwischen Reiz und Empfindung angestellt hat. Die Druckempfindungen wurden dabei erzeugt durch die Ueberwindung von Widerständen, welche anfangs durch die Elasticität von Spiralfedern, wie bei den bekannten Federwagen, später aber durch an einem langen Hebelarm verschiebbare Gewichte repräsentirt wurden. Im ersteren Falle entsprach der Grösse des ausgeübten Druckes auch ein längerer Weg des drückenden Fingers, während im letzteren die Hubhöhe constant, und zwar sehr gering (4—6 mm) erhalten wurde. Wegen dieser Differenz nimmt *M.* an, dass es sich bei jener Versuchsanordnung um eine Combination von Druck- und Bewegungsempfindungen, hier dagegen hauptsächlich um Druckempfindungen gehandelt habe. Er stellt daher seine Versuche denjenigen von *Fechner* in dem Sinne gegenüber, dass hier der Einfluss der Bewegungsempfindungen und speciell der störende Factor des Armgewichtes eliminirt worden sei. Wie mir scheint, ist *M.* nach beiden Seiten im Irrthum. Auch bei constanter und sehr geringer Grösse der Bewegung wird uns, wie pathologische Beobachtungen unwiderleglich darthun, schon durch die Muskeln allein eine sehr feine Kenntniss der sich darbietenden Widerstände vermittelt, die wahrscheinlich sogar auch nach dieser Richtung hin genauer ist, als die reine Druckempfindlichkeit der Haut. Dafür spricht unter Anderem auch der Umstand, dass der von *M.* gefundene Schwellenwerth (0,05 g) erheblich niedriger ist als derjenige, den ich für Druckreize mit Ausschluss jeder Bewegung constatiren konnte. Weiterhin aber ist nicht einzusehen, wie der Einfluss des Armgewichtes bei irgend einer Methode experimentell eliminirt werden soll, welche überhaupt mit Armbewegungen operirt. Vielleicht hat *M.* die Arme unterstützt und nur mit den Fingern gedrückt, wenn das auch im Hinblick auf die Grösse der überwundenen Widerstände (— 8000 g) unwahrscheinlich und ausserdem nirgends erwähnt ist, aber auch dadurch würde jener Fehler offenbar nur vermindert, und nicht beseitigt. Wirklich reine Druckempfindungen können nur durch die Einwirkung von Gewichten auf die ruhende Haut erzeugt werden, eine Methode, die ich selber bei lange fortgesetzten Versuchsreihen in Anwendung gezogen habe. Selbstverständlich verlieren übrigens *M.*'s Versuche, die anscheinend sehr sorgfältig durchgeführt wurden, durch die hier vertretene veränderte Auffassung derselben in keiner Weise an Werth.

Die maassgebenden Versuche *M.*'s zerfallen in 3 Gruppen, von denen

die erste nach der Methode der ebenmerklichen Unterschiede, die zweite nach der Methode der „doppelten Reize“ und die dritte nach derjenigen der mittleren Abstufungen angestellt wurde. Ueberall wurde die nöthige Rücksicht auf die Eliminirung constanter Fehler genommen; ausserdem führte *M.* Parallelversuche mit verschiedener Breite der Berührungsfläche (1 und 7 mm), sowie unter Ausübung des Druckes bald mit einem und demselben, bald mit zwei verschiedenen Fingern durch. Die Resultate der ersten Versuchsgruppe ergaben im Allgemeinen die Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes in einer gewissen mittleren Breite der Gewichtsintensitäten; sowohl nach oben wie nach unten dagegen nahm die Unterschiedsempfindkeit ab. Die Ausdehnung, innerhalb welcher die Unterschiedsschwelle constant bleibt, wird durch die Grösse der Berührungsfläche beeinflusst; bei 7 mm Berührungsfläche erstreckt sie sich von 200 g bis 2000 g, bei einer solchen von 1 mm Breite von 50—1000 g. Die Unterschiedsempfindlichkeit ist grösser bei successiver, als bei gleichzeitiger Einwirkung des Reizes, bei Benutzung eines Fingers und einer kleineren Berührungsfläche, als beim Arbeiten mit zwei Fingern und grösserer Fläche, endlich bei ausgiebigeren Bewegungen, als bei geringeren. Ganz analoge Beeinflussungen ergeben sich hinsichtlich dieser einzelnen Umstände auch bei den letzten beiden Methoden. Bei der Methode der mittleren Abstufungen wird ausserdem der mittlere Reiz stets grösser gefunden beim Uebergange von den kleinen zu den grösseren Reizen, als bei der umgekehrten Reihenfolge. Alle diese Erfahrungen werden von *M.* als Contrasterscheinungen aufgefasst. Zum Theil ist das ganz gewiss richtig; wenn *M.* aber auch „periphere Nachwirkungen“ unter dieser Bezeichnung zusammenfasst, so dürften sich dagegen mannigfache Einwendungen erheben lassen. Diese Einflüsse zeigen, wie ich nach eigenen Untersuchungen glaube annehmen zu müssen, durchaus den Charakter der Adaptations- und Ermüdungserscheinungen.

Die Aufgabe, einen Reiz von der doppelten Intensität eines gegebenen aufzufinden, wurde derart gelöst, dass der doppelte Reiz bei schwächeren Reizen zu stark, bei stärkeren zu schwach gewählt wurde. Der Schätzungswerth zeigte eine fortschreitende Abnahme mit dem Anwachsen der Reize; der Indifferenzpunkt relativ richtigster Schätzung lag je nach den Versuchsumständen meist zwischen 50 und 200 g. Der nach der Methode der mittleren Abstufungen gefundene Mittelwerth näherte sich hier, wie bei den Lichtversuchen, mehr dem arithmetischen, als dem geometrischen Mittel der beiden Vergleichsreize, entgegen der Forderung der *Fechner*'schen Unterschiedshypothese. In der That weist *M.* durch eingehende Discussion seiner Versuchsresultate nach, dass die Ergebnisse aller 3 Methoden eine befriedigende Uebereinstimmung unter einander dann darbieten, wenn man ihrer Deutung die Verhältnisshypothese zu Grunde legt. Die untere Abweichung vom *Weber*'schen Gesetze führt er zum Theil auf den Umstand zurück, dass sich die Hautnerven in Folge beständiger leiser Erregungen dauernd über der Schwelle befinden, die obere auf das Auftreten des

Schmerzes; nach beiden Richtungen wird ein grösserer Bruchtheil des Reizes in Empfindung umgesetzt, als in dem mittleren Gültigkeitsgebiete des *Weber*'schen Gesetzes, wie sich aus den Versuchsresultaten unmittelbar ergibt.

***Langley*, *S. P.*,** Energie und Helligkeit. — American Journal of Science, (3) XXXVI, p. 359—379.

Der bekannte Autor zahlreicher Untersuchungen über die Vertheilung der Energie in den Spectren der Sonne, des Mondes, und irdischer Wärmequellen, stellt sich hier die Aufgabe, die „Helligkeit" zu bestimmen, welche Lichtstrahlen von gleicher Energie, aber verschiedener Wellenlänge erzeugen. (Die Arbeit von *Ebert* — vgl. das Referat im vorigen Jahrgange —, welche, freilich in geringerem Umfange, das vorliegende Problem bereits gelöst hatte, war *L.* unbekannt.) Zu den Versuchen diente Sonnenlicht, da die Energievertheilung im Sonnenspectrum aus *L.*'s früheren Untersuchungen (besonders: Reasearches on Solar Heat, Professional Papers of the U. S. Signal Service, No. 15, Washington 1884) genau bekannt war. Vom Spiegel eines Siderostaten trat das Licht durch einen 0,1 mm breiten Spalt s_1 in den völlig verdunkelten Beobachtungsraum. Mittelst Prisma und Hohlspiegel wurde ein Spectrum von etwa 7 mm Höhe und 90 mm Länge entworfen, dieses bis auf eine 1 mm breite Partie durch einen Spalt s_2 abgeblendet. Das so erhaltene homogene Licht diente zur Beleuchtung eines mattschwarzen Papierstreifens, welcher eine Oeffnung von 1 qcm hatte, in der sich ein Theil einer fein gedruckten Logarithmentafel befand. Es wurden die Zahlen, welche sich hinter der Oeffnung befanden, immer gewechselt. Vergrössert man den Abstand des Schirmes vom Spalt s_2, so nimmt seine Beleuchtung umgekehrt proportional dem Quadrate der Entfernung ab; ausserdem kann durch rotirende Scheiben mit Ausschnitten verschiedener Breite die Intensität des durch s_1 eintretenden Lichtes vermindert werden. Es wird derjenige Bruchtheil der Gesammtintensität des homogenen Strahls bestimmt, bei welchem die Zahlen gerade noch gelesen werden können. Die Entfernung des Auges von den Ziffern ist durch eine schwache Lupe fixirt, welche zur Beobachtung dient. Beobachter, welche Brillen tragen, behalten dieselben auf. Die Isolirung der Beobachter von fremdem Licht ist vollkommen. Zur Bestimmung der „Helligkeit" von Strahlen kürzerer Wellenlänge als 0,4 μ und grösserer als 0,7 μ reichte die beschriebene Anordnung nicht aus. Diese Beobachtungen wurden daher nach Beendigung aller übrigen vorgenommen, und wurde dazu s_1 verbreitert, bis zu 5 mm. Die erhaltenen Zahlen werden nun aus dem primatischen Spectrum auf das normale, d. h. auf das Beugungsspectrum, reducirt, und es werden Correctionen angebracht für den Lichtverlust bei den Spiegelungen, welcher ebenfalls von der Wellenlänge abhängig ist. Die „Helligkeit" eines Strahls ist nun umgekehrt proportional demjenigen Bruchtheile seiner Intensität, welcher zur Beleuchtung der

Ziffern bis zur Lesbarkeit gerade ausreichte. Für 4 Beobachter gibt *L.* die Helligkeitswerthe im Normalspectrum an:

$\lambda = 0{,}35$	0,38	0,40	0,45	0,50	0,55	0,60	0,65	0,70	0,75	0,768
S. P. L. —	—	—	0,50	3,36	14,61	10,40	1,62	0,096	—	—
F. W. V. 0,0092	0,062	0,55	17,83	136,65	119,8	12,07	0,79	0,117	0,0011	0,0003
B. E. L. 0,000	0,011	0,74	44,58	174,7	130,6	25,53	1,97	0,189	0,0008	—
E. M. —	—	0,74	33,87	81,87	83,72	24,94	1,86	0,50	—	—

Die Energiewerthe im Normalspectrum sind nach *L.*'s früheren Untersuchungen:

1,8 | 3,7 | 5,3 | 11,9 | 17,3 | 20,7 | 21,9 | 22,2 | 21,4 | 20,7 | 20,2

Durch Division dieser in die Zahlen der vorigen Tabelle folgt nun Tab. VI, Empfindlichkeit des Auges für einen constanten Betrag von Energie verschiedener Wellenlänge:

S. P. L.	—	—	—	0,042	0,194	0,706	0,475	0,073	0,004	—	—
F. W. V.	0,0051	0,0168	0,104	1,50	7,90	5,79	0,551	0,036	0,005	0,00007	0,00001
B. E. L.	0,000	0,0030	0,139	3,75	10,10	6,31	1,17	0,089	0,009	0,00004	—
E. M.	—	—	0,140	2,85	4,73	4,04	1,14	0,084	0,023	—	—
Mittel:	(0,0026)	(0,0099)	0,128	2,70	7,58	5,38	0,954	0,070	0,012	(0,00006)	(0,00001

Zur Mittelbildung sind die Beobachtungen von *S. P. L.* nicht benutzt, wegen der grossen individuellen Abweichung. *L.* sieht die Ursache hierfür in seinem Alter, welches seine Empfindlichkeit für kurzwellige Strahlen herabgesetzt habe. *L.* benutzt eine Convexbrille von 50 cm Brennweite, *F. W. V.* concav 14 cm, *B. E. L.* concav 42 cm, *E. M.* normal. Nach den Curven liegt das Maximum der „Helligkeit" für *S. P. L.* bei 0,57 μ, d. i. im Gelb, für die anderen Beobachter bei 0,52 μ, d. i. im Grün — eine überraschende Uebereinstimmung mit *Ebert*'s Resultat, welcher ebenfalls bei 0,52 μ ein Minimum der Schwellenwerthe fand. Auch die grosse Unempfindlichkeit des Auges für rothe Strahlen, welche *Ebert* fand, wird bestätigt. Doch ist die Sicherheit von *L.*'s Ziffern viel grösser, da *Ebert* die Energievertheilung im Spectrum seiner Gasflamme nur auf dem Wege roher Annäherung zu ermitteln im Stande war. Weitere Versuche, für den Beobachter *F. W. V.* die kleinste zur Erzeugung einer Lichtempfindung eben noch hinreichende Energiemenge in absolutem Maasse zu bestimmen, müssen insofern als verfehlt bezeichnet werden, als zwar die Energiemenge ermittelt wurde, welche durch die Pupille in's Auge des Beobachters gelangte, die Angabe des Gesichtswinkels aber fehlt, unter welchem die ziemlich kleine leuchtende Fläche erschien. *L.* findet ferner, dass Strahlen sehr geringer Intensität 0,5 Secunden brauchen, um einen Lichteindruck zu erzeugen. Daraus und aus den nicht näher zu beschreibenden Beobach-

tungen berechnet nun *L.* folgende Tabelle, welche den Arbeitsaufwand angibt, „which is required, to make us see". (Beobachter: *F. W. V.*)

Violet	0,40 μ	0,000 000 000 000 000 180 00 h. p.
Green	0,55 μ	0,000 000 000 000 000 000 75 h. p.
Scarlet	0,65 μ	0,000 000 000 000 000 170 00 h. p.
Crimson	0,75 μ	0,000 000 000 000 340 000 00 h. p.

1 h. p. (horse pover) ist = 76 Kilogramm-Meter = 746 $\times$ 107 Erg.

Diese Beobachtungen sind sehr schwierig, *L.* hält Fehler bis zu 100 pCt. für möglich. *F. Heerwagen.*

***Walitzkaja, M. K.*, Zur Frage der psychophysischen Messungen bei Geisteskranken. — Archiv für klin. u. gerichtl. Psychiatrie v. *Merschejewski.* I, p. 17.**

Verf. hat an 7 Geisteskranken psychophysische Zeitmessungen nach der *Wundt*'schen Methode angestellt. Behufs Controlle der Versuchsergebnisse wurden an 5 gesunden Personen die entsprechenden Reactionszeiten bestimmt, da Verf. einen Vergleich mit von anderen Experimentatoren gewonnenen Zahlen nicht für zulässig erachtet, weil auf das Versuchsresultat die Persönlichkeit des Experimentators nicht ohne Einfluss sein könnte.

Die untersuchten Kranken lassen sich in folgende Kategorien einreihen: 1) Dem. paral. primit. (Fehlen von Wahnideen bei ausgesprochenen motorischen Störungen. — A. G.; Al. D.; Al. S.). 2) Dem. paral.; Remission nach vorausgegangener heftiger maniakalischer Erregung in leicht melancholischem Zustande (G. S.). 3) Paral. progr. maniac. im Beginn der Erkrankung (N. M.). 4) Paralysis progr., untersucht in der Remission und im nachfolgenden maniakalischen Zustande (J. W.). 5) Im letzten Falle war Anfangs die Diagnose auf Dem. paral. incip. gestellt worden; spätere Nachrichten ergaben, dass eine primäre Verrücktheit vorlag (N. S.).

Untersucht wurden: die einfache Reaction (R.) auf starke und schwache Schallreize; reagirt wurde sowohl mit der rechten, wie mit der linken Hand; die einfache Wahlreaction (Rr.'), bei welcher nur auf den starken Schallreiz reagirt wurde; die complicirte Wahlreaction (Rr.) — auf den starken Schallreiz wurde mit der rechten, auf den schwachen mit der linken Hand reagirt; die Wortreaction (W.); die Associationsreaction (A.) und die Addition einstelliger Zahlen (Z.).

Daraus geht hervor, dass Verf. ihre Versuche auf sehr breiter Basis angelegt hat. Sie hat dieselben mit bewunderungswürdiger Ausdauer durchgeführt und verfügt über die staunenswerthe Zahl von 18000 Einzelbeobachtungen.

Das Gesammtresultat der Arbeit lässt sich in folgenden Tabellen zusammenfassen. Dieselben geben bis auf die in der ersten Tabelle fortgelassene Angabe der Zahl der Einzelversuche, sämmtliche berechneten Zahlen wieder.

Reactionszeiten in 1000stel Secunden.

	R.									
	starker Schallreiz		schwacher Schallreiz							
Gesunde	r.H.	l.H.	r.H.	l.H.	Rr'.	Rr.	A.	W.	A.-W.	Z.
N. N.	168	170	206	194	298	356	935	271	664	395
W. W.	180	173	191	201	308	360	951	279	672	420
K. Z.	186	182	204	205	373	406	1078	362	716	515
E. B.	169	172	202	207	318	348	1008	325	683	480
M. W.	179	184	195	198	301	351	907	240	667	360
Kranke										
N. S.	180	186	208	190	451	620	1308	453	855	585
G. S.	194	201	225	228	411	606	1825	448	1377	940
J. W.	180	179	229	219	527	668	1033	477	556	579
in Remission										
in d. Erregung	176	181	216	221	770	1085	593	399	194	416
N. N.	168	172	206	209	536	716	605	283	322	366
A. G.	208	192	245	257	606	707	1272	418	854	600
Al. D.	231	—	446	—	753	799	1850	864	986	1713
Al. S.	286	308	369	491	681	943	—	—	—	1608

Zahl und Dauer der verschiedenen Associationsformen bei Gesunden und Kranken.

	Gesunde					Kranke				
n.	N.N.	W.W.	K.Z.	E.B.	M.W.	N.S.	G.S.	J.W. (Erregung)	N.M.	Al.D.	A.G.
Aeussere A.	56	44	23	28	46	161	57	57	52	48	132
Innere A.	220	168	244	246	156	148	230	135	85	93	210
Gewohnh.-A.	58	34	17	26	33	12	13	61	84	12	13
A.-W.											
Aeussere A.	781	775	817	669	764	835	1526	342	464	981	914
Innere A.	871	917	853	713	882	890	1281	590	482	993	840
Gewohnh.-A.	311	350	339	297	319	317	887	238	209	838	485

Doch schon die von der Verf. benutzte Versuchsanordnung ist nicht ohne Bedenken. Ein Galvanometer, dessen Nadel nicht mehr als 35° anschlagen darf, genügt keineswegs zur Controlle des Chronoskops; für absolut sichere Zeitangaben bedarf es wenigstens einer Controlle durch einen guten Fallapparat. Auch vermissen wir den Stromwender; denn ohne jedesmalige Wendung des Uhrstromes werden schon nach wenigen Versuchen die Angaben des Chronoskops infolge des remanenten Magnetismus der Elektromagneten vollkommen unzuverlässig. Eine weitere Fehlerquelle liegt in der Anwendung des *Morse*'schen Schlüssels für die Associationsreaction.

Diese Versuchsanordnung setzt hohe Anforderungen an die Selbstcontrolle der Versuchspersonen, Anforderungen, denen Geisteskranke, namentlich maniakalisch erregte, sicher nicht gewachsen sind. Der *Cattel*'sche Lippenschlüssel ist daher unerlässlich bei derartigen Versuchen. So aber können wir die auffallend kurzen Associationszeiten der beiden Kranken J. W. und N. M., namentlich im Hinblick auf die beträchtliche verlängerte Rr., wohl nur als vorzeitige Reactionen auffassen.

Bei Registrirung der erhaltenen Werthe hat Verf. eine gewisse Auswahl getroffen. Während der Versuche an Gesunden wurde gemeinschaftlich mit der Versuchsperson entschieden, ob eine zweifelhafte Zahl notirt werden solle oder nicht; bei den Versuchen an den Geisteskranken entschied Verf. nach eigenem Gutdünken. So wurden die ersten Werthe jeder Sitzung meist wegen auffallender Länge von der Berechnung ausgeschlossen, bei den Kranken oft die ganze erste Reihe. — Hätte Verf. auch nur flüchtig die Literatur dieses Gebietes eingesehen, so wäre ihr gewiss nicht entgangen, dass schon mehrere Methoden angegeben worden sind, welche theils mit möglichster Ausschliessung eines jeden subjectiven Elements die Versuchsprotokolle von verdächtigen Zahlen zu befreien ermöglichen, theils aber auch diesen Fehler zu vermeiden wissen, wie die von *Tigerstadt* und *Bergquist* benutzte. Eine willkürliche Ausmerzung von Zahlen ist aber auf keinen Fall zulässig, wenn die Gesammtresultate einen wissenschaftlichen Werth beanspruchen sollen.

Das ungeheure Material ist von der Verf. leider sehr wenig eingehend verarbeitet worden. Das ganze Ergebniss findet sich in den oben angeführten Tabellen. Nicht einmal die Grösse der Variationen wird neben den Mittelzahlen angeführt, sodass jeglicher Maassstab zur Beurtheilung derselben dem Leser fehlt. Nur bei den Associationsversuchen ist Verf. etwas weiter gegangen und hat auch auf die Art der Associationen Rücksicht genommen. Doch wird die benutzte Eintheilung in äussere, innere und gewohnte oder reproductive kaum Anklang finden. Unter letzteren versteht Verf. Associationen, die vom betreffenden Individuum mit besonderer Vorliebe angewandt werden und ihm eigenthümlich sind. Es ist leicht zu verstehen, dass diese Gruppe sich nur gewaltsam von den äusseren Associationen trennen lässt. Im Uebrigen hat Verf. auch nur eine Gruppirung der Zahlen gegeben, ohne auf dieselben weiter einzugehen.

Zum Schluss stellt Verf. folgende Thesen auf:

a. Im Beginn der Paralyse tritt eine Erhöhung der automatischen Denkthätigkeit auf, vorausgesetzt, dass eine Beschleunigung der A. in diesem Sinne gedeutet werden darf.

b. Parallel derselben geht eine Erschlaffung der Willensthätigkeit (Lange Rr.).

c. Bei weiterem Verfall der geistigen Fähigkeiten erlischt auch nach und nach die automatische Denkthätigkeit, und darauf wird auch die Auffassung der einfachsten Eindrücke erschwert.

d. Bei fast vollkommener Remission stellt sich auch die Denkthätigkeit nicht vollkommen wieder her; die automatische Hirnthätigkeit dagegen kehrt zur Norm zurück bei einer theilweisen Wiederherstellung der Willensthätigkeit.

e. Bei Acutwerden des pathologischen Processes wird wiederum die automatische Thätigkeit erhöht mit Erschwerung der Willensthätigkeit.

Alle diese Thesen müssen dahingestellt bleiben, bis wirklich exacte Untersuchungen auf diesem Gebiet vorliegen.

Im Uebrigen ist die vorliegende Arbeit wieder ein Beweis, dass noch so viel Fleiss und Sorgfalt bei psychophysischen Untersuchungen nur dann zu einem erspriesslichen Resultate führen, wenn man sich streng an die Grundsätze einer exacten naturwissenschaftlichen Methodik hält.

Heerwagen, Statistische Untersuchungen über Träume und Schlaf. — Philosophische Studien, V. 2.

Das Material für diese Arbeit wurde durch Fragebogen beschafft, welche in grösserer Zahl (500) in Umlauf gesetzt wurden, und folgende Fragen enthielten: Name? Alter? Stand und Beschäftigung? Träumen Sie allnächtlich, häufig, selten, nie? Sind Ihre Träume sehr lebhaft? Ist nach dem Erwachen der Inhalt Ihrer Träume Ihnen völlig erinnerlich? Um wieviel Uhr pflegen Sie zu Bett zu gehen? Um wieviel Uhr pflegen Sie aufzustehen? Sind Sie Morgens nach dem Erwachen noch müde? Werden Sie Abends frühzeitig müde? Wieviel Zeit brauchen Sie ungefähr zum Einschlafen? Schlafen Sie die ganze Nacht hindurch ohne aufzuwachen? Ist Ihr Schlaf ein tiefer oder leiser: ist es leicht oder schwer Sie zu wecken? Können Sie am Tage nach Belieben einschlafen? Pflegen Sie im Laufe des Tages zu schlafen? Wenn dies der Fall, wann und wie lange? Zu welcher Tageszeit fällt Ihnen geistige Arbeit am leichtesten? Leiden Sie bisweilen an nervösen Beschwerden? (Kopfschmerzen, Beängstigungen, Verstimmtheit.) Welches ist Ihr Temperament? Sanguinisch, cholerisch, phlegmatisch, melancholisch? Besondere Bemerkungen: —. Zur Verarbeitung gelangten die Antworten aus 406 Bogen, welche ausgefüllt zurückkamen. Alle Zusammenstellungen wurden für folgende 3 Hauptgruppen gesondert gemacht: 1. Personen männlichen Geschlechts mit Ausschluss der Studenten (zur Abkürzung mit M. bezeichnet, 113 Personen). 2. Studenten (St.=151 P.). 3. Personen weiblichen Geschlechts (W.=142 P.). In den Procentsätzen bejahender und verneinender Antworten auf die einzelnen Fragen zeigt sich nun eine überraschende Uebereinstimmung der Gruppen M. und St., nur kleine Differenzen, welche meist durch Altersunterschied, etc. erklärt werden, treten auf. Ein wesentlich abweichendes Verhalten zeigt die dritte Gruppe W. Zum Beispiel: Es träumen allnächtlich oder häufig 48 pCt. M., 50 pCt. St., 73 pCt. W. Einen leisen Schlaf haben 44 pCt. M., 42 pCt. St., 63 pCt. W. Die Frauen haben also im allgemeinen einen sehr viel leiseren Schlaf als die Männer, und träumen sehr viel mehr. Nun hat die

Discussion des mittleren Alters in den 3 Gruppen und in deren Unterabtheilungen übereinstimmend gezeigt, dass mit zunehmendem Alter die Träume seltener werden, der Schlaf aber leiser. Da das mittlere Alter der M. grösser ist, als das der St., so finden hierdurch auch die Differenzen, welche die obigen Ziffergruppen noch aufwiesen, ihre Erklärung. In anderer Hinsicht zeigen die Geschlechter völlige Uebereinstimmung: Die Träume sind bei leisem Schlafe häufiger als bei tiefem, wie folgende Tabelle zeigt, welche die procentische Vertheilung von häufigen und seltenen Träumen bei leisem und tiefem Schlafe angiebt. Da auch unbestimmte Antworten vorkamen, sind einige Summen kleiner als 100.

		M.		St.		W.	
Schlaf		leise	tief	leise	tief	leise	tief
Träume	allnächtlich u. häufig	54	39	59	44	78	65
	selten und nie	44	61	40	56	21	35

Ausführliche Zahlentabellen geben sowohl die Anzahl der Personen, welche bei Gruppirung nach den verschiedenen Fragen in jede Abtheilung und Unterabtheilung gehören, als auch deren procentische Vertheilung an. Die vergleichende Beurtheilung der Ziffern wird durch graphische Darstellungen auf der zugehörigen Taf. IV erleichtert. Aus den Resultaten der Arbeit sind ausser den bereits erwähnten Sätzen namentlich noch folgende anzuführen. Die Lebhaftigkeit der Träume ist bei den St. grösser als bei den M., bei den W. am grössten, sie ist aufs Engste verknüpft mit der Häufigkeit. Wer häufig träumt, erinnert sich seiner Träume besser, als wer selten träumt, ebenso wer leise schläft besser, als wer tief schläft. Auf die Schlafdauer hat beim männlichen Geschlecht die Häufigkeit der Träume und die Tiefe des Schlafes keinen Einfluss. Beim weiblichen Geschlecht dagegen findet man, dass die, welche häufig träumen, fast eine Stunde länger schlafen als die, welche selten träumen; die Personen mit leisem Schlaf fast eine halbe Stunde weniger, als die mit tiefem Schlaf. Die anderen auf Schlaf und Müdigkeit bezüglichen Fragen lassen ebenfalls deutlich erkennen, dass, wenigstens unter den W., die Personen, welche häufig träumen, ein viel grösseres Schlafbedürfniss haben, als jene, welche selten träumen. Ebenso auch die Personen mit tiefem Schlafe ein grösseres, als die mit leisem. Nun ist es interessant zu sehen, wie die Procentsätze für „Morgens müde" bei leisem und tiefem Schlaf, bei häufigen und seltenen Träumen unter W. einander gleich sind, während bei M. und St. übereinstimmend häufige Träume und tiefer Schlaf 10—15 pCt. mehr „Morgens müde" aufweisen, als seltene Träume und leiser Schlaf. Verf. schliesst daraus, dass auch beim männlichen Geschlecht dieselben Differenzen im Schlafbedürfniss vorhanden seien, wie beim weiblichen, dass aber andere

Umstände dazu beitragen, Schlafdauer, etc. zu nivelliren. (Geschäftstunde, u. s. f.) Die mittlere Schlafdauer betrug für M.: 7 h. 57 m., St.: 8 h. 15 m., W.: 8 h. 17 m; die arithmethischen Mittel sind resp. 7 h. 55 m., 8 h. 15 m., 8 h. 18 m. Für ein grösseres Schlafbedürfniss des weiblichen Geschlechts sprechen ferner folgende Zahlen: Morgens und Abends müde: 8 pCt. M., 7 pCt. St., 13 pCt. W.; gar nicht müde: 43 pCt. M., 49 pCt. St., 33 pCt. W. Die zum Einschlafen nöthige Zeit ist für die (jüngeren!) St. ein wenig kleiner, als für M. und W. Ihre mittlere Dauer ist grösser bei häufigen Träumen und bei leisem Schlaf. Ununterbrochener Schlaf ist bei tiefem Schlaf häufiger als bei leisem, bei seltenen Träumen häufiger als bei häufigen. 80 pCt. St. schlafen die ganze Nacht hindurch, ohne aufzuwachen, dergleichen 70 pCt M., und nur 43 pCt. W. Die Fähigkeit, am Tage nach Belieben einzuschlafen, besitzen wenige Menschen: 19 pCt. M., 32 pCt. St., — man sieht, was das Alter ausmacht —, 24 pCt. W. Die Fähigkeit ist häufiger bei tiefem Schlafe, sowie bei seltenen Träumen. Geistige Arbeit fällt den Personen, welche selten träumen, oder welche einen tiefen Schlaf haben, Morgens und Vormittags leichter, als solchen mit häufigen Träumen oder leisem Schlaf. Morgen und Vormittag erscheinen im allgemeinen bevorzugt gegenüber dem Abende. Nervosität ist unter dem weiblichen Geschlecht stärker verbreitet, als unter dem männlichen. Sie ist grösser bei leisem Schlafe als bei tiefem, grösser bei häufigen Träumen als bei seltenen. Von 18 Personen, welche als hochgradig nervös bezeichnet waren, träumt nur 1 Stud. selten, und nur 2, ebenfalls Studd. haben einen tiefen Schlaf. Die Uebersicht über die Temperamente zeigt, dass überall tiefer Schlaf und seltene Träume gegenüber dem durchschnittlichen Verhalten lediglich von den Phlegmatikern bevorzugt werden. — Es folgen noch Erörterungen darüber, wie die constatirte Abnahme der Traumhäufigkeit mit zunehmender Tiefe des Schlafes zu erklären sei. Verf. sucht den Grund hierfür in einem Anwachsen der Schwelle für innere Reize, welche etwa ähnlich der Schwelle für äussere Reize, der Tiefe des Schlafes proportional zu denken sei. Zum Schluss wird unter Hinweis auf die gute Uebereinstimmung der erhaltenen Resultate die Anwendung der statistischen Methode für Untersuchungen ähnlicher Art befürwortet.

Der Verfasser.

Frau *M. K. Walicka,* Zur Frage der psychophysischen Messungen bei Geisteskranken. — Psychometrische Untersuchungen. — Wjestnik Psych. VI. Heft 1.

Die Verfasserin durch Prof. *Bechterew* angeregt, unternahm es die Arbeit des Dr. *Tschisch* „über die Bestimmung der Zeitdauer elementarer psychischer Processe bei beginnender Schwäche der geistigen Thätigkeit. wo die Demenz noch nicht im vollen Sinne des Wortes eingetreten, zu controlliren und zu prüfen, namentlich was die Zeitdauer der einfachen

Reaction und die Zeit der Wahl anbelangt. Den Versuchen an Geisteskranken stellte sie Controllversuche an Geistesgesunden gegenüber. Die Methode und Art und Weise der Untersuchungen unterschied sich in Nichts von der, welche *Tschisch* angewendet hatte, das Untersuchungsmaterial allgemeine progress. Paralyse in den verschiedenartigsten Stadien lieferte die Kasaner Irrenanstalt, die untersuchten Personen gehörten zu der gebildeten Klasse. Die Zahl der gelungenen Untersuchungen, welche während vier Monaten gemacht wurden, betrug 18000. Die Schlussresultate sind folgende:

Die bei Gesunden gefundenen Mittelzahlen stimmen mit denen anderer Untersucher überein, nur ist die zur Association erforderliche Zeit etwas kleiner als bei *Wundt* = 0,706 Secunden gegen 0,664. Die Zeit der einfachen Reaction, war in den Fällen von Dementia verringert, und zwar um so mehr, je mehr der Krankheitsprocess deutlich ausgesprochen war. In anderen Fällen ist die Zeit der einfachen Reaction kaum von der Norm verschieden.

Die Zeit der einfachen Wahl ist bei der Dement. paral. primit. und bei maniacalischen Zuständen bedeutend grösser als die normale Mittelzahl, nähert sich aber zur Zeit der Remission der Norm.

Die Zeit der Association ist am meisten verlangsamt bei Zuständen der Remission, welche dem melanch. Stadium am nächsten liegen. Bei maniacalischen Zuständen ist die Zeit der Association bedeutend verkürzt.

Die Resultate der Untersuchung stimmen, was die Zeit der Association und der einfachen Reaction anbelangt, mit den Angaben des Dr. *Tschisch* überein. Was jedoch die Zeit der Wahl anbelangt, so fand die Verfasserin, dass im Zustande maniacal. Aufregung die Associationszeit beschleunigt, die Zeit der Wahl aber verlangsamt sei.

Daraus folgert Frau Dr. *Walicka*, dass bei der Paral. prog. bei eintretender Geistesschwäche die automatische geistige Thätigkeit erhöht sei.

Hand in Hand mit der Erhöhung der automatischen geistigen Thätigkeit wird die Willenskraft schwächer.

Bei dem fortschreitenden Verfall der geistigen Thätigkeit erlischt auch langsam die automatische geistige Thätigkeit und alsdann wird auch die Perception der einfachen Eindrücke gehemmt.

Bei fast vollständiger Remission wird die Denkfähigkeit nicht völlig hergestellt, die automatische Gehirnthätigkeit kommt bei theilweiser Wiederherstellung der Willensthätigkeit zu ihrer Norm.

Bei Steigerung des pathol. Processes hebt sich die automatische geistige Thätigkeit mit entsprechender Abschwächung der Willensthätigkeit.

A. v. Rothe.

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: v. Krafft-Ebing-Graz.

Kurella, Criminelle Anthropologie und positives Strafrecht. — *Erlenmeyer*'s Centralblatt. 11. Jahrg. No. 18, 19.

Kritische und theilweise referirende Uebersicht über die neueren criminal-anthropologischen Arbeiten von *Lombroso*, *Marro*, *Garofalo*, *Tarde*.

Kirn, Die Geistesstörungen (in den Strafanstalten). — Handb. d. Gefängnisswesens v. *Holtzendorff* und *Jagemann*. Bd. III.

Unter den Sträflingen ist der Procentsatz geistiger Erkrankung etwa 10 mal höher als in der freien Bevölkerung. Hauptursachen sind die Veranlagung, die auch die Criminalität verschuldet; nur indirect und secundär wirken die antihygienischen und moralischen Momente des Gefängnisslebens. Die letzteren machen sich besonders in der Einzelhaft geltend. Viele Eingelieferte stehen übrigens schon seit langer Zeit an der Schwelle geistiger Störung.

Auffallend häufig sind unter den Insassen der Strafanstalten Schwachsinnige, nicht selten sogar ausgesprochene Idioten (!). Die häufigsten Verbrechen dieser Individuen sind Delicte gegen die Sittlichkeit, bes. Unzucht mit Kindern.

Eingehende Besprechung finden ferner die ebenfalls häufige Moral insanity, der Querulantenwahnsinn, die primäre Verrücktheit, die epileptischen, die Einzelhaftpsychosen und die in Strafanstalten übrigens seltene Simulation von Geistesstörung.

Ribstein, Criminalirrenanstalten und Invalidengefängnisse. — Handbuch des Gefängnisswesens von *Holtzendorff* und *Jagemann*. 2. Band.

Allgemein gilt die Erfahrung, dass bis 5 pCt. der Sträflinge geistig defect oder krank sind.

Verf. bezeichnet die Ursachen. Eine Hauptrolle spielt die Heredität. Verbrechen und Geisteskrankheit wurzeln häufig auf dem gemeinsamen Boden der geistigen Entartung.

Besondere Wichtigkeit haben gewisse Mischformen wie die Moral insanity und auf dem Boden der Hysterie und Epilepsie entstandene Fälle.

Weder die Prädisponirten, noch die psychisch Defecten, noch die ausgeprägten Formen passen in den Rahmen des gewöhnlichen Strafvollzugs. Sie gehören nicht hinein aus administrativen, humanen, rechtlichen und juristischen Gründen.

Wesentlich ist die Unterscheidung verbrecherischer Irrer und geisteskranker Sträflinge. Der erstere, da er schon zur Zeit der strafbaren That gestört war, gehört in ein Irrenhaus, der letztere wird 1. in Irrenanstalten oder Annexen solcher, 2. in Centralasylen, 3. in Annexen von Strafanstalten, 4. oder in Ivalidengefängnissen untergebracht.

Modus 1 ist der älteste und noch häufig geübte. Leider kommt der Sträfling meist erst dann nach der Irrenanstalt, wenn er unheilbar geworden ist.

Verf. bespricht die Polemik bezüglich der Aufnahme oder Abweisung von Sträflingen in Irrenanstalten.

Als Gegengründe der Aufnahme lässt er nur gelten die Unsicherheit der Verwahrung (unter Hinweis auf die Erfahrungen in Dalldorf) die Verzögerung der Aufnahme durch die mit solcher verbundenen Formalitäten und der Raummangel in den deutschen Irrenanstalten; die Aufnahme in Annexen solcher hat sich nicht bewährt, ebenso wenig Modus 2 (eigene Verbrecheranstalten), Modus 3 (Irrenstationen als Annexe von Strafanstalten) hat sich bewährt und ist für kleinere Staaten der beste. Verf. erörtert die Vorzüge, Nachtheile und Bedingungen solcher Annexe.

Modus 4 besteht in der Unterbringung in von einem Arzt geleiteten selbständigen Anstalten (sog. Hülfsstrafanstalten) die zugleich körperlich und geistig gebrechliche und damit für den Strafvollzug nicht mehr geeignete Individuen aufnehmen. Eine solche Anstalt erscheint Verf. als eine Verbesserung von 3. und als das anzustrebende Ziel in der Irrenfürsorge.

In eigenen Abschnitten wird auch der Stand der Criminalirrenfürsorge in Grossbrittanien, Deutschland, Nordamerika u. s. w. besprochen.

Als Ziel bezeichnet Verf. die fernere Erweiterung und Einrichtung der Strafanstaltslazarethe für die acuten, die Schaffung von Hilfsstrafanstalten (mit Irrenabtheilungen) für die chronischen Fälle von Geistesstörung.

Kirn, Die Psychosen in der Einzelhaft. — Berliner klinische Wochenschrift. No. 33.

Verf. findet etwa 3 pCt. der Sträflinge geistig gestört. Die Erklärung liegt grossrentheils in häufiger angeborener meist erblicher oder auch erworbener Prädisposition. Die Einsperrung wirkt dann nur als Gelegenheitsursache. Nach überstandenem 1. Halbjahr tritt meist Toleranz ein. Nur selten wird Einsperrung ätiologisches Moment bei nicht Veranlagten. Der schädigende Einfluss der Einzel- oder Collectivhaft hängt grösstentheils davon ab wie das betr. Haftsystem zur Ausführung gelangt. In Collectivhaft kommen vorwiegend chronische, schleichend sich entwickelnde, in Isolirhaft acute Psychosen zum Ausbruch. Solche kommen allerdings häufiger vor aber sie werden rasch erkannt. Die Isolirhaft liefert durch typische Entwicklung (acuter Verlauf) und charakteristisches Symptomenbild (mächtiges Hervortreten von Sinnestäuschungen) ausgezeichnete Zu-

stände. Verf. zeichnet aus seiner Erfahrung bezügliche Bilder acuter hallucinatorischer Melancholie, Manie, acuten hallucinatorischen Wahnsinns.

Krauss, Lombroso's Werk in seinem Verhältniss zur Gegenwart und Zukunft der gerichtl. Psychopathologie. — ***Friedreich's*** Blätter für gerichtl. Medicin. 39. Jahrgang. 5. Heft.

Sehr eingehendes kritisches und lesenswerthes Referat über *Lombroso's* „l'uomo delinquente".

Amos Hull, Unerlaubte Beeinflussungen in ihren gerichtlich-medicinischen Beziehungen. — Alienist and Neurologist. Januar.

Verf. hat Fälle von Captatio und Suggestio im Auge, die bei der Errichtung von Contracten und letzten Willenserklärungen bei Kranken oder willensschwachen Personen nicht selten unterläuft. Juristisch muss diese Beeinflussung das Merkmal einer betrügerischen (dolosen) haben und eine vollkommene sein im Sinne der Vernichtung des Willens (Zwang, Drohung, Betrug durch Vorspiegelung falscher Thatsachen u. s. w.) des Testators durch den betrügerischen fremden Willen. Die Constatirung und Beurtheilung solcher Fälle gehört jedenfalls zu den schwierigsten psychologischen und juristischen Aufgaben. Solche Fälle sind bei alten, decrepiden, körperlich Kranken, ganz von ihrer Umgebung abhängigen, nicht minder jugendlichen und geistigschwachen Personen nichts Seltenes. Dass der Vertrag oder das Testament der Ausdruck eines freien Willens sei oder nicht, lässt sich oft nicht direct, sondern nur aus Nebenumständen und Indicien erweisen und erschliessen. Der Satz Onus probandi incumbit alleganti gilt auch hier.

Nur Fälle von moralisch oder physisch erzwungenem Scheinwillen sollten unter obigen Begriff fallen.

Ist eine Willensentschliessung durch Vorspiegelung falscher Thatsachen herbeigeführt, so handelt es sich um gemeinen Betrug.

Verf. berichtet einen Fall, wo ein beginnender Paralytiker von seiner Frau genöthigt wurde, ihr sein Vermögen zu verschreiben. Dann brachte sie ihn in eine Irrenanstalt, obwohl er harmlos war und als man ihn dort in Freiheit gesetzt hatte, versuchte sie vergeblich ihn durch Drohungen und falsche Vorspiegelungen zum Selbstmord zu treiben. Dann entledigte sie sich seiner, indem sie ihn in eine ferne Stadt verschickte. Man nahm sich des Unglücklichen an. Es gelang das Treiben dieses schändlichen Weibes zu enthüllen und auf Grund von erwiesenem psychischem Zwang die Vermögensübertragung zu annulliren.

In einem anderen Fall handelte es sich um ein durch betrügerische Vorspiegelungen erschlichenes Testament Seitens eines von Dementia apoplectica Befallenen.

Roth, Der Entwurf eines bürgerl. Gesetzbuches für das deutsche Reich nach seinen für den Arzt wichtigsten Bestimmungen. — Vierteljahrschr. f. ger. Medicin. N. F. XLIX. Heft 2.

Verf. bespricht die Paragraphen des Entwurfs, welche sich auf die Willens- und Geschäftsfähigkeit (auf die eheliche Abstammung des Kindes) und auf die Ehescheidung beziehen.

Die Nichtaufnahme der (unheilbaren) Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund billigt Verf.

Mendel, Die Geisteskranken in dem Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches für das deutsche Reich. — Ebenda N. F. XLIX. Heft 2.

I. Die Entmündigung. *M.* begrüsst den bezüglichen § 28, der nur mehr Geisteskrankheit erwähnt, nicht einzelne Formen bzw. Grade derselben aufstellt, als einen Fortschritt, nicht minder, dass durch den Ausdruck „eine Person" auch der Minderjährige entmündigt werden kann und dass auf Lucida intervalla bei Psychosen keine Rücksicht mehr genommen wird.

Grossen Tadel findet der Versuch Geisteskrankheit quasi juristisch mit der Bezeichnung „des Vernunftgebrauchs beraubt" zu definiren.

Verf. weist mit grosser Gelehrsamkeit nach, dass dieser Ausdruck weder im alten noch neuen Recht, noch philosophisch, psychologisch, sprachlich, psychiatrisch ein definirter, definirbarer, klarer, identischer und damit gesetzgeberisch brauchbarer sei.

Es genügt nach ihm zu sagen „eine Person, welche an einer Geisteskrankheit leidet, kann entmündigt werden". Würde es nothwendig befunden, diese Bestimmung weiter zu fassen, so könnte man setzen: „E. P., welche wegen Geisteskrankheit nicht im Stande ist, für sich oder für ihr Vermögen gehörig zu sorgen, kann entmündigt werden."

II. Blosse Geistesschwäche. Verf. polemisirt gegen die Auffassung des Entwurfs, der Geistesschwäche der Geisteskrankheit gegenüberstellt, bei jener von Entmündigung und Vormundschaft nichts wissen will, dafür eine mit Beschränkung der Geschäftsfähigkeit nicht verbundene und im Allgemeinen nur mit Einwilligung des Geistesgebrechlichen eintretende Pflegschaft statuirt.

Verf. weist nach, dass Geistesschwäche eine Form geistiger Krankheit, dass von allen Geisteskranken gerade die Geistesschwachen am dringendsten der Vormundschaft bedürfen, denn sie kommen nur selten in Anstalten, bleiben sich selbst überlassen und stehen beständig in Gefahr wirthschaftlich zu Grunde zu gehen.

III. Geschäftsfähigkeit. § 64 erklärt für geschäftsunfähig eine Person, welche des Vernunftgebrauchs, wenn auch nur vorübergehend, beraubt ist, für die Dauer dieses Zustandes. Verf. plädirt mit Recht für eine dem

§ 51 des Stgsb. analoge und den metaphysischen Ausdruck „Vernunftgebrauch" vermeidende Fassung: „Dasselbe gilt von einer Person, welche, wenn auch nur vorübergehend, in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit sich befindet, für die Dauer dieses Zustands."

Recht hat § 64, wenn er auf Lucida intervalla keine Rücksicht nimmt. Bei periodischer Geistesstörung mit langen Intervallen könnte nach Verf. dieser scheinbaren Härte durch jeweilige Wiedermündigung abgeholfen werden.

IV. Schadensersatzpflicht. § 708 erklärt eine Person, die während sie des Vernunftgebrauchs beraubt war, einem Anderen einen Schaden zufügte, dafür nicht verantwortlich. Sie ist es jedoch, wenn der Vernunftgebrauch durch selbst verschuldete Trunkenheit ausgeschlossen war.

Auch hier wäre der Ausdruck „des Vernunftgebrauchs beraubt" durch einen passenderen (s. o.) zu ersetzen. In scharfsinniger Weise zeigt Verf., dass es nicht angeht, einen Zustand sinnloser Betrunkenheit, der strafrechtlich unter allen Umständen Unzurechnungsfähigkeit bedingt, civilrechtlich anders zu taxiren und dass es bedenklich ist, die Selbstverschuldung bei psychopathischen Zuständen als ein unterscheidendes Moment für die richterliche Beurtheilung verwerthen zu wollen.

Verf. zeigt, dass es von grösster Bedeutung wäre, im bürgerlichen Gesetzbuch Handhaben zu schaffen, mittelst welcher der Trunksüchtige, der nicht blos vielfach sich sondern auch Andere gefährdet, wenn auch nur passiv, indem er durch sein Laster seinen eigenen körperlichen und geistigen Ruin und den finanziellen seiner Familie herbeiführt, rechtzeitig unter gewissen Bedingungen entmündigt werden kann.

V. Geistesstörung — Ehescheidungsgrund. Der Entwurf kennt diesen Ehescheidungsgrund nicht. Verf. giebt eine Uebersicht der Länder, in welchen Geistesstörung kein Ehescheidungsgrund ist, in welchen sie es sein kann im Falle der selbstverschuldeten Krankheit oder auch nicht selbstverschuldet unter gewissen Bedingungen. Aus reicher Literaturkenntniss und Erfahrung weist Verf. nach, dass in Ländern, wo dieser Ehescheidungsgrund nicht besteht, vielfach sein Mangel schmerzlich empfunden wurde und andererseits in Ländern, wo er zu Recht besteht, keine Missstände (Gefährdung der ethischen Grundlage der Ehe durch leichtsinnige und zu häufige Ehescheidungen) sich herausgestellt haben.

Verf. stellt sich damit auf die Seite der Vertheidiger und Schützer dieses Ehescheidungsgrundes unter gewissen Bedingungen: 1) gewisse Dauer der Geisteskrankheit — maximal 3 Jahre; 2) Unheilbarkeit der Krankheit; 3) gesetzliche Präcisirung des geistigen Zustands, in welchem der zu scheidende Kranke sich befinden muss (gleichmässig andauernde Vernichtung der geistigen Persönlichkeit).

VI. Ehefähigkeit. Mit Recht tadelt Verf. die bezüglichen Paragraphen des Entwurfs, welche die Eheschliessung Geistesschwacher eher be-

günstigen als beschränken. Im Interesse einer „Degeneration der Race" muss dagegen Verwahrung eingelegt werden.

§ 1259 ist besonders wichtig, weil er die Anfechtbarkeit der Ehe zulässt, wenn der eine Theil dem anderen persönliche Eigenschaften oder Verhältnisse verhehlte, welche bei verständiger Würdigung des Zweckes der Ehe, wenn sie bekannt gewesen wären, von der Eheschliessung abhalten mussten (z. B. frühere Geisteskrankheit, Epilepsie u. s. w.). Verf. zieht die allgemeine Fassung des Paragraphen bezüglich der Nichtigkeitsgründe der Ehe dem Modus anderer Gesetzbücher, die die Fälle aufzählen, vor und mit Recht.

Mittenzweig, Ueber Entmündigung. — Vierteljahrschr. f. gerichtliche Medicin v. ***Eulenberg.*** N. F. XLVIII. Heft 1.

In der 5. Hauptversammlung des preuss. Medicinalbeamtenvereins referirte Verf. ausführlich über das Entmündigungswesen und das Entmündigungsverfahren. Am Schlusse seines beachtenswerthen Referates stellt Verf. folgende Thesen auf:

1. Es liegt im Interesse der ärztlichen Sachverständigen, dass sie im Entmündigungsverfahren nur das Bestehen oder Fehlen einer Geisteskrankheit (der zu entmündigenden Person) festzustellen haben.

2. Sachverständiger in Entmündigungssachen kann nur ein Arzt sein, welcher psychiatrische Kenntnisse besitzt und diese auch für den richterlichen Zweck zu verwerthen versteht.

3. Die zuständigen Physiker sind auch im Entmündigungsverfahren als öffentlich bestellte Sachverständige zu benennen, wenn nicht besondere Umstände dagegen sprechen.

4. Es ist wünschenswerth, dass der Staat durch geeigneten Unterricht und durch ein strengeres Examen für die erforderliche gerichtlich-psychiatrische Ausbildung der Physiker Sorge trägt.

Diese Thesen waren Gegenstand einer sehr eingehenden Discussion, deren Wortlaut p. 226—234 berichtet wird.

Reuss, Hermann, Der Rechtsschutz der Geisteskranken. — Leipzig (Rossberg).

In Vierteljahrschr. f. ger. Med. N. F. Bd. XLIX, Heft 2 giebt Dr. *Roller* eine ausführliche, theils referirende, theils kritische und beachtenswerthe Uebersicht über dieses Werk.

Schmitz, A., Die neue preuss. Ministerialverfügung, die Privatirrenanstalten betreffend. — Deutsche medic. Wochenschrift. 30. Aug.

Verf. tadelt es, dass nur zur Aufnahme in Privatirrenanstalten Atteste von Medicinalbeamten gefordert werden, während für die in öffentlichen Anstalten die Atteste der practischen Aerzte genügend befunden werden. Verf. findet dies kränkend, zum Nachtheil der practischen Aerzte und eine

ganz unnöthige Concession an die irregeleitete falsche Meinung des grossen Publikums bezüglich der vermeintlichen Gefahr ungerechtfertigter Freiheitsberaubung durch eine Irrenanstalt.

Auch die Beaufsichtigung der Privatirrenanstalten durch den Physicus statt wie früher durch den Regierungsmedicinalrath findet abfällige Beurtheilung.

Verf. fasst seine Kritik in folgendem zusammen:

„Durch die neue Ministerialverfügung sind die betheiligten Kreise schwer enttäuscht worden; statt der erwarteten möglichsten Vereinfachung der Bestimmungen, statt der Gleichstellung der Privatirrenanstalten in Bezug auf Aufnahme, Revision und Anzeige mit den öffentlichen sind für jene die bestandenen Verordnungen in nicht oder doch schlecht motivirter Weise verschärft worden. Solche Fehlgriffe sind zu bedauern, aber nur dadurch am besten zu vermeiden, wenn die Bearbeitung des Irrenwesens einem eigenen Decernenten im Ministerium übertragen, in die Hände eines erfahrenen, theoretisch und practisch ausgebildeten Irrenarztes gelegt wird. Dagegen scheinen bei der neuen Verfügung, welche die guten Privatirrenanstalten in ihrem Wirken eher hemmt als fördert und die schlechten nicht beseitigt, die Anstaltsleiter verdächtigt, den practischen Aerzten eine weitere Erwerbsquelle verschliesst, die Kranken mit ihren Anverwandten nur schädigen kann, ich sage bei der ergangenen Ministerialverfügung scheinen die in der Psychiatrie erfahrenen und ergrauten Männer, die Stützen und Zierden dieser Specialwissenschaft kaum gehört, jedenfalls ihre Worte unberücksichtigt verhallt zu sein."

Falk, Die neueste Ministerialverordnung bezüglich der Privatirrenanstalten. — Deutsche medicinische Wochenschrift. 18. Oct.

Verf. vertheidigt die Verordnung, weil sie namentlich gegenüber speculativen und von Nichtärzten verwalteten Anstalten noth that. Der schädliche Einfluss und die schwierige Ausführbarkeit dieser Verordnung entspreche nicht der Erfahrung, sei lange nicht so rigorös wie analoge in anderen Culturstaaten, sogar im Interesse der Anstalten und für die Privatärzte nichts weniger als kränkend. Nur das Zeugniss eines Arztes, der ein Examen über Psychiatrie (Physikatsexamen) abgelegt hat, kann in einer so wichtigen Angelegenheit genügen. Eine gute Anstalt hat das häufige Erscheinen eines Medicinalbeamten niemals zu scheuen.

Verf. hätte auch nichts einzuwenden, wenn auch für die Aufnahme in öffentliche Anstalten amtsärztliche Atteste gefordert würden.

Gegen Revision der Anstalten ist endlich gar nichts einzuwenden. Sie ist schon längst Aufgabe der Amtsphysici.

Schmitz, Nochmals die neue preuss. Ministerialverfügung bezüglich der Privatirrenanstalten. — Ebenda. 15. Nov.

Verf. polemisirt gegen *Falk*, hält seine Behauptungen aufrecht, glaubt

die Privatanstalten geschädigt, da die Kranken, um das Physikatsattest zu umgehen, künftig lieber in öffentliche Anstalten gebracht würden. In vielen Fällen sei die Intervention des Physicus zeitraubend, nur durch eine Reise zum Kranken möglich, kostspielig, belästigend, den Kranken aufregend, seine Aufnahme verzögernd. *Falk* misstraue der moralischen Qualification practischer Aerzte ohne einen einzigen Fall als Beleg zu bringen. Alle weitere Polemik möge im Original nachgesehen werden.

Chambard, Casuistische Studie über die Freilassung der Irren. — Annales médico-psychol. November.

Die Freilassung von Irren aus der Anstalt ist eine verantwortliche Sache für den Anstaltsleiter. Das französische Gesetz verfügt, dass jeder nicht gemeingefährliche Irre entlassen werden kann. Es berücksichtigt aber nicht, dass eine derartige Entlassung den Zustand verschlimmern, die angebahnte Heilung in Frage stellen, den unheilbaren Kranken in schlimme Lagen bringen und der Ausbeutung überliefern kann, bevor Maassregeln zum Schutz seiner Person und Interessen getroffen sind. Nicht minder bedenklich ist die Situation gegenüber periodischen Fällen und Kranken, die ein Recidiv besorgen lassen, wobei schon im ersten Anfall der Kranke sich gemeingefährlich gezeigt hatte und die frühe Entlassung jedenfalls der Wiederkehr des Anfalls Vorschub leistet. In diese Kategorie gehören auch die „geheilten" Alkoholiker. Für die Mehrzahl derselben, jedenfalls alle die sich gemeingefährlich gezeigt hatten, ist eine längere Quarantaine wünschenswerth. Andererseits giebt es auch Alkoholiker, die — wahre fratres nosocomiales — wenn es ihnen schlecht geht, dafür sorgen, wieder in die Anstalt zu kommen und die man gelegentlich sogar austreibe. Gegenüber den Alkoholisten wäre die versuchsweise Entlassung, welche im Fall des Bedarfs durch einfachen polizeilichen Auftrag wieder rückgängig gemacht werden könnte, sehr nützlich, nicht minder die Gründung von Vereinen, die sich der entlassenen Irren annehmen.

Ganz besonders ernst sollte die Entlassung in Erwägung gezogen werden bei Irren, die in ihrer Krankheit eine strafbare That begangen haben. Ihre langzeitige Anhaltung in Verhältnissen einer Irrencolonie läge im Interesse der öffentlichen Sicherheit.

Aus dem ganzen sehr sachverständig geschriebenen Aufsatz gewinnt man den Eindruck, dass die die Entlassungen regelnde französische Irrengesetzgebung zu absolut ist, wichtige Interessen der Gesellschaft auf Kosten des Princips der persönlichen Freiheit preisgiebt und mancher Verbesserungen im Sinne der vorgeschlagenen bedürftig ist. Bis dahin müssen aber die Anstaltsärzte mit der Diagnose der Genesung sehr vorsichtig sein.

***Weiss*, Die forensische Bedeutung des Hypnotismus, mit besonderer Beziehung auf das österreichische Strafgesetz. — Prager med. Wochenschrift XIII. No. 47, 48, 49, 51. XIV. 1, 2, 3.**

Historische Notizen. Versuch die Wunder der Bibel durch Suggestion zu erklären. Besprechung der Methoden zur Erzielung von Hypnose. Phänomene des hypnotischen Zustands. Besprechung derselben in Anlehnung an Preyer's Darstellung. Die hypnotischen und posthypnotischen Suggestionen.

Verf. zählt die Möglichkeiten auf wie hypnotischer Unfug und Verbrechen begangen werden können.

I. mittelst des hypnotisirten Individuums (Hochverrath, Majestätsbeleidigung, Störung der öffentl. Ruhe, Missbrauch der Amtsgewalt, Religionsstörung, Mord, Kindsmord, Brandlegung, Betrug, Diebstahl u. s. w.) durch hypnotische oder posthypnotische Suggestion;

II. an der hypnotisirten Person (Diebstahl, Betrug, falsche Selbstanzeige, Entreissung wichtiger compromittirender eigener und fremder Geheimnisse) und wenn es ein Weib ist — Nothzucht, Schändung, Entführung, Abortus.

Verf. giebt aber nach dieser schrecklichen hypnotischen Criminalistik zu, dass wesentlich bisher nur Fälle von Nothzucht und Schändung am Hypnotischen verübt, die Gerichte beschäftigt haben.

Im concreten Fall kommt gerichtsärztlich zu erwägen: ist die betr. Person hypnotisirbar? war der betr. Modus geeignet sie zu hypnotisiren? war sie im hypnotischem Zustand zu der bestimmten Zeit?

Auf im hypnotischen Zustand provocirte Verbrechen lässt sich § 2 lit. c. („Sinnesverwirrung in welcher der Thäter sich seiner That nicht bewusst war") und lit. g. („wenn die That durch unwiderstehlichen Zwang erfolgte") des österr. Strafgesetzbuchs anwenden.

Selbstverständlich ist der Hypnotiseur, der ein Verbrechen veranlasst, der intellectuelle Urheber und allein Schuldige.

Die interessanten Fragen des vorgeschützten Hypnotismus, der Vornahme neuerlicher Hypnose zur Erforschung des Thatbestandes erwähnt Verf. ebenfalls, jedoch nur vorübergehend; er verspricht sich wohl mit Recht wenig von dem Ergebniss neuerlicher Hypnose, denn der Betreffende kann lügen wie im wachen Zustand. Die Beurtheilung wird also eine allgemein medicinisch psychologische sein müssen und sich auf das Experiment nicht verlassen können.

Verf. weist noch auf die Gefahr des öffentlichen Hypnotisirens in sanitätspolizeilicher und socialer Hinsicht hin, verlangt energische Repressivmaassregeln und eine Enquête von Fachmännern zur Feststellung der Bedingungen, unter welchen Hypnose überhaupt gesetzlich zulässig erklärt werden soll.

Der Aufsatz ist reich an practischen Winken und zeugt von grosser Belesenheit des Verf.

Liégeois, De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale. — Paris 1888. in 16. 760 S.

Das Werk des verdienten Forschers der Schule von Nancy wird eine besondere Besprechung finden.

Gilles de la Tourette, Der Hypnotismus vom Standpunkte der gerichtl. Medicin. Autoris. deutsche Uebersetzung. — Hamburg.

Verf. ist einer der bedeutendsten Vertreter der *Charcot'schen* Ansichten und Schule. Der erste Abschnitt des Buches giebt eine gute Darstellung der Geschichte des Hypnotismus bis auf die neueste Zeit. Die Frage ob man Jemand gegen sein Wissen und Wollen hypnotisiren kann, wird mit „ja" beantwortet. Es gelingt dies einmal bei Individuen, die unerfahren sind, durch List, bei früher schon hypnotisirten indem man plötzlich, je nach ihrer individuellen Beeinflussbarkeit sie mit einer grellen Lichteinwirkung oder einem Schall überfällt oder auf hypnogene Zonen am Körper (die vielfach zugleich hysterogene sind) einwirkt. Diese letztere Thatsache ist wichtig bezüglich der Möglichkeit unsittlicher Attentate im hypnotischen Zustand. Auf p. 79 wird ein Fall berichtet, den diese Möglichkeit wahrscheinlich macht.

Im Capitel 3 werden die verschiedenen hypnotischen Zustände, wie sie die Salpêtrière kennen lehrte, geschildert.

Capitel 4 beschäftigt sich mit den wichtigen Suggestionen. Sie können intrahypnotische und posthypnotische sein. Am besten gelingen sie bei in Somnambulismus Versetzbaren. Im Allgemeinen sind intrahypnotische Suggestionen nur dem Hypnotiseur möglich. Je häufiger dieselbe Person hypnotisirt um so grösser wird ihre Macht über die hypnotisirte.

Gerichtlich seien von hohem Belang die posthypnotischen verbrecherischen Suggestionen.

Von S. 134 ab giebt Verf. belehrende experimentelle Beispiele. Man kann dem Hypnotisirten mit Erfolg die Erinnerung für die Person, welche den verbrecherischen Auftrag gab, absuggeriren. Viele Hypnotische sind im Stande gegen die Annahme der Suggestion sich zu wehren, jedoch gelingt es fast immer ihren Widerstand zu überwinden, jedoch nicht absolut wie *Beaunis* behauptet. Es giebt auch retroactive (rückwirkende) Suggestionen, mit denen man die Erinnerung fälschen und ev. falsches Zeugniss provociren kann. Man kann posthypnotische Suggestionen mit langer Verfallszeit geben, d. h. nach so und soviel Tagen, Monaten das und jenes zu erleben, zu thun.

Ausser Hypnose fehlt die Erinnerung für das in Hypnose Erlebte. In neuer Hypnose besteht sie für Erlebnisse in früheren.

Bei posthypnotischen Suggestionen glaubt das Individuum aus eigenem Antrieb gehandelt zu haben.

Bei besonders empfänglichen und häufig Hypnotischen können auch im nicht hypnotischen wachen Zustand Suggestionen wirksam werden.

Solche Leute können ganz kritik- und willenlos werden.

Der 2. Theil des Werkes beschäftigt sich mit den dem Hypnotismus verwandten Zuständen.

Verf. handelt zunächst den natürlichen Somnambulismus sehr eingehend ab ohne Neues zu bieten. Dann bespricht er die hysterischen psychischen Ausnahmszustände — Lethargie, Katalepsie, Somnambulismus. Der hysterische spontane Somnambulismus wird klinisch als identisch mit dem durch Hypnose provocirten bezeichnet. Besonders wichtig ist die Thatsache, dass auch in diesem Zustand Suggestionen wirksam gegeben werden können. Diese können natürlich auch verbrecherische sein.

Ein ganzes Capitel wird dem sog. 2. Zustand (Azam) gewidmet, den Verf. als Anfall von verlängertem hysterischem Sonnambulismus auffast.

Die hier mitgetheilten Beispiele aus älterer und neuerer Zeit sind höchst lesenswerth.

Im 3. Theil werden der Nutzen des Hypnotismus als Heilmittel, aber auch die Gefahren desselben besprochen.

Die Gefahren sind Erzeugung und Weckung hysterischer Anfälle, Entstehen von autosomnambulen Zuständen (interessante Beobachtungen S. 314—322).

Im 4. Theil des Buches wird der Hypnotismus vor dem Gesetz besprochen.

In den verschiedenen Phasen des Hypnotismus ist das Object willenlos und widerstandslos dem Subject überliefert. Hier ist Nothzucht leicht möglich (Beob. S. 332—358). Entführung, Entlockung von Geheimnissen, Suggestionen aller Art. Verf. hält mit Recht die Gefahr dieser experimentellen Thatsachen für das öffentliche Leben übertrieben und weist (gegen *Liégeois* u. A.) darauf hin, dass bisher doch nur Nothzucht in hypnotischen Zuständen in foro zur Sprache kam. Möglich sind allerdings Verbrechen durch Suggestion aber, wie Verf. scharfsinnig zeigt, läuft der intellectuelle Urheber alle Gefahr, entdeckt zu werden.

Von hohem culturhistorischem Interesse ist die in Cap. 12 dargestellte mercantile Ausbeutung des Hypnotismus.

Daran reiht sich in Cap. 13 „der Magnetismus als Gewerbe und das Gesetz".

Das Bedürfniss nach einer gesetzlichen Regelung der Hypnotismusfrage machte sich schon vor Jahrzehnten fühlbar. Früher hielt man den thierischen Magnetismus recte Hypnotismus für einen Schwindel und seine missbräuchliche Anwendung konnte in foro nur qua Betrug in Frage kommen.

Heutzutage ist der Hypnotismus als Heilpotenz anerkannt.

Verf. giebt folgende Anschauungen: Rathschläge zur Heilung von

Leiden, welche von einer Somnambule gegeben werden, sind als unbefugte Ausübung der Heilkunde anzusehen, selbst wenn sich dieselbe einen Arzt zum Niederschreiben der Recepte u. s. w. hält. Dieser, sowie der Hypnotiseur sind in solchem Falle Helfershelfer.

Wahrsagen im somnambulischen Zustand ist Betrug (vgl. S. 473 den sensationellen Process *Mongruel*) desgleichen die Ausbeutung des Spiritismus. (Fall *Buguet.*) Schaustellungen und öffentliche Experimente des Hypnotismus sind gesundheitsschädlich und absolut unzulässig.

Schlusscapitel 14 beschäftigt sich mit der gerichtsärztlichen Expertise in Fällen von Hypnotismus und verwandten Zuständen als Mittel zur Ausführung von Verbrechen.

Practisch kommen Nothzucht und unzüchtige Handlungen überhaupt im Lethargus und Somnambulismus artificialis in Betracht. Vorbedingung für die Expertise ist Nachweis der Hypnotisirbarkeit, ihrer Art und ihres Grades.

Verf. streift hier die Thatsache, dass es hypnotische Zustände („kleine Hypnotismen") giebt, in welchen das Bewusstsein zwar nicht aufgehoben, aber gleichwohl Widerstand nicht mehr möglich ist.

Diese Fälle sind schwierig zu beurtheilen wegen Simulation und Ausschliessung von Vis grata. (Verf. citirt die 3 bekannten Fälle von *Tardieu*)

Auch im Somnambul. artificialis ist Nothzucht möglich, besonders mittelst Suggestion. Ein solcher moralischer Zwang muss dem physischen gleichbedeutend erklärt werden.

In neuerlicher Hypnose kann der subjective und objective Thatbestand erforscht werden, vorbehaltlich der seltenen Fälle, wo Somnambule durch suggestives Verbot nichts aussagen können oder geradezu lügen.

Bezüglich explorativer Hypnose darf der Arzt nie die Rolle eines Untersuchungsrichters spielen, nie durch künstliche Mittel Anklage noch Geständnisse erpressen. Nur in einem Falle würde er eine Unterlassungsschuld begehen, wenn er nämlich im Laufe seiner Expertise merkt, dass die Untersuchung auf falschem Wege ist und Gefahr läuft, einen Unschuldigen zu verurtheilen. Verf. zeigt dies an dem bekannten Fall von *Motet* (S. 520).

Dieselben Grundsätze müssen für den Autosomnabulismus und verwandte Zustände gelten. Verf. zeigt dies an einem bisher unveröffentlichten Fall von *Brouardel* S. 529). Hier klagte ein Fräulein, das Mutter geworden war, einen Herrn an, von demselben in bewusstlosem Zustand missbraucht worden zu sein. Das Mädchen litt thatsächlich an hysterischen lethargischen Anfällen, aber bei der Verhandlung stellte sich heraus, dass ein intimer Umgang unleugbar stattgefunden hatte. Offenbar hatte die X., als sie die Folgen dieses Umgangs gewahr wurde, ihre Krankheit benutzt, um in einer ungerechten Anklage einen Deckmantel für ihre Schande zu finden.

Die Thesen des Verf. zum Schluss seiner werthvollen aber das Gebiet

nicht erschöpfenden und als Vertreter der Schule der Salpêtrière einseitigen Arbeit sind folgende:

1. Der Hypnotismus kann für die Behandlung der ausgesprochenen Hysterie von grossem Nutzen sein.

2. Er wirkt aber, mit Ausnahme weniger Fälle, schädlich, indem er Anfälle weckt und provocirt, namentlich bei laienhafter und unzweckmässiger Anwendung.

3. Diese Gefahr ist weit grösser als die der Nothzucht und der sog. verbrecherischen Suggestionen, die nur im Laboratorium zur Ausführung kommen werden, da sie dem Auftraggeber nicht die geringste Sicherheit vor Entdeckung bieten. Die öffentliche Meinung ist durch jene angebliche Gefahren ganz unverdient erregt.

4. Der Hypnotismus darf therapeutisch nur von Aerzten gehandhabt werden. Oeffentliche Vorstellungen und Experimente von Laien sind absolut unzulässig.

Lefort **(Advocat), Der Hypnotismus vom Standpunkt der Jurisprudenz. — Revue générale du Droit. Mai. Juni. t. XII.**

Verf. findet den Hypnotismus geeignet, dem Hypnotisirten Schaden an seiner Gesundheit zu bringen, ihn zum Opfer oder auch Werkzeug eines vom Hypnotiseur begangenen Verbrechens zu machen. Er giebt Belege dafür, die der neuesten hypnotischen Literatur entstammen, erkennt zugleich den Hypnotismus als Heilmittel an, gestattet seine Anwendung nur den Aerzten, hält öffentliche Sitzungen und Schaustellungen mit Hypnotischen absolut unzulässig.

Forel, **Der Hypnotismus und seine strafrechtliche Bedeutung. — Zeitschr. f. d. gesammte Strafrechtswissenschaft. Bd. IX.**

Verf. polemisirt gegen *Rieger*, welcher den Hypnotismus für einen krankhaften Zustaud und nur nervöse, hysterische Individuen für hypnotisirbar hält. *Rieger* glaubt Frankreich habe den Hypnotismus wie die Hundswuth. Beides entstamme mangelhaften Polizeimaassregeln.

Der Hypnotismus sei eine künstliche Verrücktheit und strafrechtlich bedeutungslos.

Gegen diese weit über das Ziel hinausgehende Anschauung wendet sich Verf., indem er sich auf seine reiche Erfahrung beruft.

Forel führt, gleichwie die Nancy'er Schule, den Hypnotismus auf Erweckung von Vorstellungen (Suggestion) bei Anderen oder durch die eigene Person (Autosuggestion) zurück. Er giebt eine historisch-kritische Darstellung des Hypnotismus, eine Schilderung der Technik, Erscheinungen, Grade der Hypnose, bekennt sich dabei als Anhänger der Nancy'er Schule, giebt interessante Beispiele hypnotischer und posthypnotischer Suggestionen aus eigenem Beobachtungskreis, retroactiver Suggestionen und autosuggestiver Erinnerungstäuschung.

Verf. weist auf den Einfluss des Beispiels, der socialen Suggestion hin, auf die Wichtigkeit pädagogischer suggestiver Behandlung.

Zum Schluss bespricht *Forel* die strafrechtliche Bedeutung der Suggestion.

Bemerkenswerth ist die Thatsache der Suggestion im wachen Zustand. Es giebt Menschen die einen unwiderstehlichen bestimmenden Einfluss auf Thun und Lassen anderer Menschen ausüben. Interessant ist, dass die Beeinflussten durchaus nicht kurzweg als willensschwache Menschen bezeichnet werden können. Oft sind sie sogar recht intelligent und energisch. Ungleich wichtiger sind die Suggestionen in den verschiedenen Graden und Zuständen des Hypnotismus. Alle möglichen Verbrechen auf diesem Wege sind ausführbar. Auf das Nichtwollen der Hypnotischen darf man sich nicht viel verlassen. Die Gefahr der Entdeckung ist für den Hypnotiseur gross. So erklärt es sich wohl, dass bisher so wenig Verbrechen begangen wurden. Die Hypnotisirbarkeit des Publicums illustrirt Verf. durch seine Angabe, dass er von 23 Wärterinnen (!) seiner Anstalt 19 in tiefen Schlaf mit Amnesie und Anästhesie versetzen konnte.

Für wichtiger als die intrahypnotischen Suggestionen hält Verf. die posthypnotischen. Nicht jede solche hat Aussicht auf Erfolg. Die hemmenden und fördernden Bedingungen sind scharfsinnig auf S. 54 angegeben. Aber auch ethisch und intellectuell Hochstehende können einer posthypnotischen Suggestion erliegen, zumal da in gew. posthypnotischen Zuständen ein neuer Schlafzustand bestehen mag. Das grösste Gaunerstück auf diesem Gebiet stellt die posthypnotische Suggestion auf bestimmte Terminerfüllung mit Eingebung von Amnesie für Auftrag und Auftraggeber und Suggestion freien Willensentschlusses dar.

Vor der Gefahr geschützt ist das Publicum, wenn es sich nur in Gegenwart von Vertrauenspersonen hypnotisiren lässt, wenn der Arzt des Vertrauens sehr Hypnotisirbaren die Möglichkeit von irgend wem sonst hypnotisirt zu werden, absuggerirt.

Gefahren des Hypnotismus, nach *Bernheim*'s Methode und vom sachverständigen Arzt ausgeübt, scheint Verf. nicht anzuerkennen.

Strafrechtlich wichtig ist die absichtlich provocirte retroactive Suggestion und die seitens des Untersuchungsrichters unabsichtlich bei einem Angeschuldigten hervorgerufene Erinnerungstäuschung, die selbst eine vermeintliche Thäterschaft involviren kann. Die Hinzusuggerirung von unmöglichen Details kann den Irrthum erkennen lassen.

Wer unter dem Einfluss einer Suggestion handelt, muss als unzurechnungsfähig betrachtet werden. Strafbar kann nur der intellectuelle Urheber (Hypnotiseur) sein. Schwierig ist nur die Frage bei den Suggestionen im wachen Zustand.

Der Aufsatz des erfahrenen und vorurtheilsfreien Verfassers bietet eine Fülle weiterer werthvoller Details und verdient im Original nachgelesen zu werden.

***Moll*, Der Hypnotismus mit besonderer Berücksichtigung der gerichtl. Medicin. — Deutsche med. Zeitg. IX. p. 983.**

Verf. demonstrirte das Hypnotisiren und die Erscheinungen des Hypnotismus in der 6. Hauptversammlung des preuss. Medicinalbeamtenvereins in vorzüglicher Weise.

Gesundheitsschädliche Wirkungen des Hypnotismus schreibt Verf. nicht der Hypnose, sondern nur fehlerhafter Methodik zu (protrahirte sensorielle Reize behufs Hypnotisirung, psychisch aufregende Suggestionen, mangelhafte Erweckung). Bezüglich Verwerthung des Hypnotismus zu verbrecherischen Zwecken giebt Verf. Fälle von Nothzucht zu, sowie Erschleichung von Unterschriften, Testamenten, Schuldverschreibungen u. s. w. während des hypnotischen Zustands.

Aber auch als Werkzeug zu Verbrechen könnte man solche Hypnotisirte benutzen. Solche Handlungen müssten nach § 51 Stgsb. forensisch beurtheilt werden. Wichtiger sind posthypnotische Suggestionen. Sie sind auf lange Verfallszeit möglich. Die unmittelbar nach der Erweckung stattfindenden Suggestionen scheinen im wachen Zustand zu Stande zu kommen. Psychologisch bemerkenswerth ist, dass der Betreffende, vom Auftrag nichts wissend, aus eigenem Antrieb sie ausgeführt zu haben vermeint. Handelt es sich um verbrecherische Handlungen, so wäre juristisch an § 52 („Nöthigung durch unwiderstehliche Gewalt") zu denken. Bei mancher anderen posthypnotischen Suggestion entsteht mit dem Leisten der suggerirten Handlung offenbar ein neuer (autohypnotischer) Zustand. Hier müsste an § 51 gedacht werden.

Höchst bemerkenswerth sind die retroactiven Suggestionen (künstliche Erinnerungsfälschungen). Sie sind auch im nicht hypnotischen Zustand möglich und forensisch wichtig (einander diametral gegenüberstehende Zeugenaussagen, mit Bereitschaft sie zu beschwören u. s. w.). Diese Phänomene sind aber nicht dauernd und entschwinden rasch dem Gedächtniss.

Kann man Jemand der widerstrebt, aber die technischen Bedingungen erfüllt, hypnotisiren? Verf. bejaht dies. Fehlt diese Voraussetzung, so kann man ohne des Betreffenden Willen nur Hypnose erzielen, wenn die Person von demselben Experimentator schon öfter hypnotisirt war oder wenn man dies im Schlaf oder durch einen überraschenden Sinneseindruck thut.

Das Gedächtniss für in früheren Hypnosen Erlebtes kann in neuer Sitzung, zuweilen selbst noch nach Jahren, wieder geweckt werden.

Dies kann forensische Bedeutung gewinnen, aber keine Beweiskraft, denn in der Hypnose ist Lüge nicht ausgeschlossen, ebenso wenig falsche Aussage durch suggestiven Einfluss. Auch kann das Individuum durch den gegenwärtigen Experimentator beeinflusst sein.

Eine Hypnose zu forensischen Zwecken kann nur mit Zustimmung des zu Hypnotisirenden erlaubt sein.

Verf. hält das weitere Studium des Hypnotismus für Aerzte, Psycho-

logen und Physiologen zulässig. Ohne Aufsicht von Aerzten und mindestens einer dritten Person als Zeugen sollte nicht hypnotisirt werden. Hypnotisiren durch Laien und gar öffentliche Schaustellungen sind Unfug und der Gesundheit und Sittlichkeit abträglich.

Die sich daran anschliessende interessante Discussion möge im Original nachgesehen werden.

***Neisser*, Simulation von Schwachsinn bei bestehender Geistesstörung. — Vierteljahrschr. f. ger. Med. N. F. XLIX. Heft 1.**

Ein Gewohnheitsdieb, gefährlicher Gauner, seit Jahren an Paranoia persecut. krank, simulirte anlässlich Beobachtung in der Irrenanstalt Schwachsinn.

***v. Luzenberger*, Simulation von Krämpfen. Amnesie und Verwirrtheit Seitens eines moralisch Irrsinnigen. — Il Manicomio. IV. Jahrg. Heft 2.**

B., 21 J., hatte im Gasthaus mässig getrunken, bekam Streit auf dem Heimweg, verwundete 2 Begleiter mit einem Rasirmesser, entschuldigte sich, verhaftet, mit Trunkenheit, jedoch wurde erwiesen, dass er nicht trunken gewesen, auch erinnerte er sich aller Thatumstände. Auf Grund ärztlicher Atteste, dass er nervenkrank sei und kurbedürftig, wurde die Verhandlung gegen ihn vertagt. Inzwischen verletzte er einen Freund, mit dem er im Gasthause gezecht hatte, mittelst eines Messerstichs.

In den Verhören im November 1887 erscheint er ganz verwirrt, inincohärent, delirant und den Experten gegenüber weiss er sich weder seines Namens, noch seiner Vita anteacta zu erinnern.

B. stammt aus einer Familie, in welcher Geisteskrankheit und Neurosen zu Hause sind. Vom 11. Monat bis 13 J. litt er an Krampfanfällen. Er war höchst neuropatisch, roh, faul, reizbar, brutal, excentrisch, gewaltthätig. Der Schädel bietet Degenerationszeichen. B. producirt gelegentlich epileptische Insulte, fällt aber vorsichtig sich stützend, bietet weder Bewusstseinsverlust, noch Pallor u. s. w.; er behauptet amnestisch zu sein für lange Zeitabschnitte, ist aber inconsequent bezüglich deren Anfang und Ende, liefert Beweise, dass er Erinnerung hat. Gelegentlich simulirt er Delir, aber in läppischer, ostentativer, empirisch unwahrer Weise. Neben diesen simulirten Phänomenen zeigt sich aber klar wirkliche geistige Krankheit in Form von moralischem Irrsinn — absoluten Mangel des Gemüths, Impulsivität der Handlungen, Perversion des Trieblebens. (So stach er gelegentlich in ungestillter Wollust einem Mädchen nach dem Coitus ein Messer in den Leib.) Intoleranz für Alkohol und pathologische Reaction auf Alkoholgenuss, Meiden anständiger Leute und Verkehr mit dem gemeinsten Gesindel beiderlei Geschlechts, obwohl er aus gutem Hause ist und in seiner Erziehung nicht vernachlässigt wurde, körperliche Degene-

rationszeichen, Fehlen aller ethischen Gefühle, Mangel jeglicher Gewissensregung, Reue u. s. w.

Das Gutachten erklärte B. für einen moralischen Imbecillen, unfähig die Bedeutung und Folgen seiner Handlungen zu ermessen.

B. verblieb in der Irrenanstalt, wo diese Diagnose vollauf sich bestätigte und auch die intellectuelle Insufficienz bis zu läppischen Handlungen deutlich zu Tage trat.

Fürstner, Ueber Simulation geistiger Störungen. — Archiv für Psychiatrie. XIX. 3. Heft.

Interessante, ganz auf klinischem Boden sich bewegende, im Auszug leider nicht mittheilbare Studie. Von grossem Interesse die den Schluss der Arbeit bildende Simulationsgeschichte eines Mädchens, das (hysterische) Blindheit, Lähmung, hyster. Convulsionen, Blutschwitzen u. s. w. sehr geschickt simulirte, die Leute mystificirte, die Clairvoyante spielte, Weissagungen machte und religiösen Schwindel inscenirte.

Kiernan, Sexuelle Perversion und die Morde in Whitechapel. — The medical Standard. November. December.

Verf. führt sexuelle Perversion auf 1. Zwangsgedanken, 2. congenitale geistige Defecte, 3. Geistesstörung und neurotische Zustände, 4. auf Ausschweifung im Geschlechtsgenuss zurück.

Wichtig ist psychosexuale Impotenz. Bemerkenswerth sind die individuell verschiedenartigen, oft ganz lächerlichen aber wirksamen Hülfen zur Erzielung relativer Potenz.

So erzählt Dr. *Reynolds* (Chicago) einen Fall, in welchem ein Mann, der ein Verhältniss mit einer am r. Oberschenkel amputirten Dame gehabt hatte, impotent wurde, jedoch potent war, sobald er mit einer in gleicher Weise Amputirten coitiren konnte.

Ein Kranker des Verf. war impotent als Ehemann, und dem Selbstmord nahe, obwohl er bis zur Eheschliessung ganz potent gewesen war. Aerzte riethen dem Ehepaar, Patient möge seine Potenz durch Wiederaufnahme der früheren Liaison auffrischen. Verf. verbot dies, ordnete an, dass die Ehefrau Nachtkostüm gleich der früheren Geliebten trage, verbot jeglichen Versuch zu ehelichem Verkehr und behandelte die Neurasthenie des Mannes. In Bälde war dieser genesen und potent.

In einem anderen Fall von Paedicatio mulieris — das betr. Mädchen war sehr libidinös, gestattete aber nur analen Coitus wegen Schwangerschaftsgefahr — war der Mann nur zu anälem Coitus potent. Die Geliebte ging in nymphomanischem Anfall zu Grund. Der Mann wurde melancholisch darüber, genas und wurde ein glücklicher Ehemann.

Die Mittheilungen über conträre Sexualempfindung des Verf. bieten nichts Neues. Er hat 8 Fälle beobachtet: bei 4 bestand zugleich Geistesstörung, bei 3 Imbecillität.

Sein 8. Fall betraf ein 22j. Mädchen, von Vaters Seite belastet, mit assymmetrischem Schädel. Von Kindheit auf liebte es Knabenspiele und hatte Drang sich männlich zu kleiden. Zeitweise mächtige Libido zum eigenen Geschlecht, die durch mutuelle Masturbation befriedigt wurde. In der Zwischenzeit hatte sie blos Widerwillen gegen gesellschaftlichen Verkehr mit Männern und Aufmerksamkeiten Seitens solcher. Dadurch, dass sie in wollüstigen Träumen nur von Weibern träumte, während solche ihres Umgangs versicherten im Traum nur mit Männern beschäftigt zu sein, erkannte sie, dass ihre sexuellen Gefühle krankhaft sein müssten.

1883 entführte eine Ehefrau in Brandin (Wis.) ein junges Mädchen, liess sich mit ihm trauen und lebte mit demselben!

Verf. hat Vermuthungen dafür, dass manche Ehescheidung auf Grund von conträrer Sexualempfindung der Ehefrau zu Stande kommt. Ueber die Beziehungen zwischen Wollust und Mordlust bringt Verf. Bekanntes. Ein dahin gehöriger Mörder ist zweifelsohne der Urheber der Whitechapler Morde. Er schneidet seinen Opfern jedesmal Nieren, Ovarien, Uterus und Labien aus.

Sexuelle Perversion kann aus Masturbation sich entwickeln, auch rein die Bedeutung einer Lasterhaftigkeit haben. Jedenfalls beweist sie an und für sich nicht geistige Krankheit und Unzurechnungsfähigkeit.

***Kriese*, Beitrag zur Lehre von der conträren Sexualempfindung in ihrer klinisch-forensischen Bedeutung. — *Erlenmeyer*'s Centralblatt. No. 19. (1. October.)**

M., 61 J., Privatlehrer. Gewöhnlicher Fall von angeborener conträrer Sexualempfindung. Fühlt sich mehr als Weib. Vorliebe für Schöngeisterei, Literatur und Dramaturgie. Führte abentheuerliches Leben. Befriedigung durch Anpressen des Körpers ad nates von männlichen Personen, gelegentlich Manustupratio. Paederastie wurde verschmäht. Am 20. Mai 1887 nach Genuss von Alcoholica verhaftet, weil er auf der Strasse an einem Knaben Coitusbewegungen machte. Als geistesgestört aus der Untersuchungshaft der Irrenanstalt überwiesen. Abnorm kurzes Frenulum praeputii, sodass die Spitze der Glans nach dem Scrotum leicht umgebogen ist. Mässiger Grad von Hypospadie. Hoden klein. Erscheinungen von Neurasthenia sexualis.

In der Epikrise wird M. als erblich belastet, Sonderling, Masturbant, nervenkrank, von neuropsychopathischer Constitution bezeichnet. Man erfährt ferner, dass seine Gangart sich der des Weibes nähert. Seine Libido ist nur auf noch nicht erwachsene männliche Individuen gerichtet. Nach zurückgelegter Pubertätsentwicklung hat die Persen des eigenen Geschlechts keinen Reiz mehr für ihn. Er ist alkoholintolerant, vermag für gewöhnlich seinen sexuellen Trieb zu beherrschen, nicht aber, wenn er unter dem Einfluss des Alkohol steht. Verf. findet es gerecht, dass M.

der Wohlthat des § 51 theilhaftig wurde, da zur schweren Belastung tempore crimin. eine Alkoholintoxication hinzukam.

Superarbitrium der k. wissenschaftlichen Deputation über den Geisteszustand des X. — Vierteljahrschr. f. gerichtl. Medicin. N. F. XLIX. Heft 2.

X., 21 J., Eisenbahnbediensteter, lockte im April 1887 in die gemeinsam mit einem Collegen innegehabte Wohnung, während dieser schlief, zuerst ein 9-, dann ein 12jähriges Mädchen von der Strasse, griff ihnen unter die Röcke, sodass dieselben entflohen.

X. unehelich, von psychopathischer Mutter, früher gesund, psychisch leicht erregbar, wurde seit der Pubertät leichtsinnig, trank oft mehr als ihm gut war, wobei er sich alkoholintolerant erwies, wurde 1883 syphilitisch, irrsinnig (Melancholie, dann Tobsucht), verweilte gegen 10 Monate in der Irrenanstalt, zeigte dort ethische Defecte, wurde genesen entlassen, machte seine Studien weiter, absolvirte sein Freiwilligenjahr, wobei er wegen Ausbleibens über den Zapfenstreich, Trunkenheit, Schlägerei Strafen erhielt. Dann wurde er Bahnbediensteter, wo er ebenfalls wegen Nachlässigkeit, Trägkeit, Unpünktlichkeit Anstände hatte.

Die Beobachtung nach dem unsittlichen Attentat in der Irrenanstalt führte zum Gutachten, dass X. ethisch defect aus krankhaften Bedingungen sei und der freien Willensbestimmung ermangele. Ein Obergutachten des Med.-Collegiums ging dahin, dass X. an erblich degenerativem Irrsein leide, in Folge anomaler Gehirnentwicklung ethisch defect und dadurch unfähig sei, triebartig und impulsiv periodisch ihn beherrschende Lust- und Unlustgefühlen mit daraus folgenden Beziehungen sich zu entziehen. Das Superarbitrium fand neben dem thatsächlich vorhandenen ethischen Defect auch einen intellectuellen, constatirte einen neuerlichen Irrsinnsanfall 1886, erwies die geistige Infirmität des X. aus beigebrachten Stylproben und kam zum Schluss, dass X. seit einer Reihe von Jahren an einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit leide.

Die körperliche Seite des wohl als moralischer Schwachsinn zu bezeichnenden Falles fertigt das Gutachten mit der Bemerkung „körperlich gesund" ab ohne auf Untersuchung des Schädels, anatomische Degenerationszeichen und andere klinische Zeichen des erblichen Irrseins zu achten.

Marandon de Monthyel, Paralytische Mörder in der Prodromalperiode ihrer Krankheit. — Annales d'hygiène publique. Band XX. No. 2. August.

I. Am 6. October 1887, als der 55 J. alte J. mit seiner älteren Tochter in seine Wohnung in Marseille zurückkehrte, fand er seine 20jährige im Hause zurückgebliebene Tochter Marie mit einer Schnur um den Hals bewusstlos auf dem Boden. Es gelang, sie ins Leben zurückzurufen. Sie

war unverletzt. In der Wohnung waren Kasten und Schränke offen und in grosser Unordnung. Wieder bei sich erzählte das Mädchen, dass ein Unbekannter erschienen sei, von ihr Geld verlangt habe und als sie unter dem Vorwand, welches zu holen, sich entfernen wollte, sie mit einem Faustschlag zu Boden gestreckt habe. Von da an hatte sie das Bewusstsein nicht mehr gehabt. Man constatirte, dass die Schnur ein Stück eines Wäschestricks vom Hofe war, den der Unbekannte geholt und dann der Bewusstlosen um den Hals gelegt hatte.

Der Unbekannte wurde in Person eines Colporteur M., 45 J., Familienvater, schon am folgenden Tage verhaftet.

Nach dem Verbrechen hatte er in aller Gemüthsruhe zu Mittag gespeist, den Abend im Café gespielt und seinen Bekannten nichts Auffallendes geboten. M., Deutscher von Geburt, von bemakeltem Vorleben, sprach trefflich französisch bei der Verhaftung, behauptete aber, als er deren Grund erfuhr, nicht französisch zu verstehen, verlangte Dolmetsch, behauptete Unschuld, versuchte Alibi zu beweisen. In der Nacht zum 27. October wurde er tobsüchtig. Am 29. brachte man ihn in die Irrenanstalt. Nach 10 Tagen wurde er ruhig, blieb aber zeitlich und örtlich unorientirt, incohärent, bot Pupillenungleichheit, Silbenstolpern und im weiteren Verlauf das Bild einer sog. galoppirenden Paralyse. Es wurde erhoben, dass Pat. kein Trinker gewesen war. Offenbar beging er sein Verbrechen im Prodromalstadium der Dem. paralytica. Auch die dummschlaue Ausführungsweise der That spricht dafür. M. war nicht mittellos als er sie beging.

II. Eines Tags lauerte X., 39 J., aus hochstehender Familie, auf offener Strasse der Stadt und am hellen Tage seinem Freund mit einer geladenen Doppelflinte auf, schoss nach ihm als er ihn bemerkte, verletzte ihn nur leicht und versuchte ihn dann mit dem Gewehrschaft niederzuschlagen. Am Morgen schon hatte X. seinem Freund schriftlich mit Tod gedroht. X. war schon seit Wochen aufgeregt, unstet, sonderbar gewesen. Am Tag vor der Hochzeit des Freundes hatte er diesem — er war von jeher Cyniker und Libertin gewesen — seine Genitalien für die Hochzeitsnacht leihweise angeboten. Der Freund hatte sich den unfeinen Scherz gefallen lassen, um nicht den reizbaren X. zu ärgern. X. (offenbar schon Paralytiker) hatte den Scherz ernst genommen und verlangte, als das Ehepaar nach 14 Tagen heimgekehrt war, öffentlich von dem Freund die ihm geliehenen Genitalien zurück, die er ihm ja nur für die Hochzeitsnacht geborgt habe(!).

Dem Gerichtsarzt vorgeführt, entblösste X. sofort seine Genitalien und suchte zu beweisen, dass dies nicht seine eigenen, sondern die des Freundes seien! Später gab er die Erklärung für seinen Wahn — er war nämlich zufällig gerade zur Zeit der Eheschliessung des Freundes impotent und sein Penis erectionsunfähig geworden. Der Beweis der Dem. paral. schon vor der Zeit der That wurde erbracht. X. starb an jener Krankheit.

***Janchen,* Die transitorischen Geistesstörungen und ihre forensische Bedeutung. — Wiener medic. Wochenschrift No. 29.**

Verf. weist auf die symptomatische Bedeutung dieser Geistesstörungen hin und findet neben veranlagenden Bedingungen besonders Epilepsie, Alkoholausschweifung als hervorragend ätiologisch wichtig. Daran reiht er folgende Casuistik mit Epikrisen.

I. Gendarm H. erhält Ende November Befehl, von 6 Abends bis 10 Abends am folgenden Tage Patrouillendienst zu leisten. Er ging nachtüber, kam früh 10 nach W., rastete, trank rasch 0,3 Liter Birnbranntwein, wurde sofort auffällig durch ungenirtes und sonderbares Benehmen. Er schlief dann 2 h., ass reichlich, trank 0,5 l Wein, wurde nun unruhig, verkehrt, gab einem Mitgast eine Ohrfeige, stierte im Heerdfeuer herum, wurde mühsam vom Wirth fortgeschafft, verlor auf dem Heimweg in einem schwer gangbaren Wald Monturstücke, schlief endlich ein, suchte erwacht vergeblich das Verlorene und kam erst am hellen Tage kaum 1,5 Km von dem Ort, wo ihn der Wirth verlassen hatte, zum Vorschein. Er hatte Amnesie für Alles seit dem Verlassen des Wirthshauses Vorgefallene.

H. war gesund bis auf periodische intensive Kopfschmerzen und Alkoholintoleranz.

II. Gendarm R. marschirte von 8 Abends bis 2 früh, trank 4 Glas Bier, schlief am Wirthstisch bis 7 früh, marschirte 2 Stunden, kam zurück, ass, trank 7 Glas Bier und zahlte die Zeche. Bald darauf Herumtanzen, Verspotten der Gäste. Er hielt einen derselben für einen Deserteur, würgte ihn, ging fort, kehrte bald zurück, lief gegen das Haus des Misshandelten, suchte die Thür einzurennen, feuerte auf den Betreffenden als er durch's Fenster entsprang, verfolgte ihn bis in den nächsten Ort, verlor dessen Spur, attaquirte 2 Andere, kam mit ihnen sich balgend zum Ortsvorstand, den er erschiessen wollte. Man nahm ihm das Gewehr. Nun rannte er mit dem Säbel in ein anderes Dorf, rief um Hülfe, da es brenne und man ihn erschlagen wolle. Er verlangte 10 Mann Schutz gegen Deserteure, wurde endlich ruhig, schlief fest ein, war erweckt lucid, hatte Amnesie für Alles seit 7 Uhr früh Vorgefallene. R. litt an zeitweisen Schwindelanfällen, die bei Hitze und körperlichen Anstrengungen auftraten.

III. Infanterist D. war Sommer 1885 wegen Quetschwunde im Spital. Er benahm sich ausgelassen, wurde von einem Unterofficier zur Ordnung gerufen, gerieth mit diesem in Streit, so dass er seinen Säbel zog. D. ergriff eine Stange, hieb wüthend um sich, wurde mühsam von 8 Mann überwältigt. Der Arzt fand ihn bewusstlos, congestiv, mit erhöhter Temperatur und beschleunigtem Puls. Nach 1 Stunde kam D. zu sich und wusste nur von dem Anlasse des Affects, nicht das Mindeste von dessen Verlauf. 1 Jahr später heftige Gemüthsbewegung beim Rapport. Im sofortigen Anschluss daran Furor transitorius, der bis in die Nacht währte. Pat. wusste nur, dass er während des Rapports schwindlig geworden war.

Es war ein höchst reizbares, undisciplinirbares Individuum. In der Jugend Trauma capitis. Seither ab und zu epileptische Anfälle.

IV. Infanterist T. sollte wegen Verspätung im Dienst mit 6 Std. Schliessen bestraft werden. Als er die Strafe antreten sollte, gerieth er in heftigen Zorn, wurde renitent, warf sein Gewehr zu Boden, schimpfte u. s. w., liess sich aber in Arrest bringen.

3 Tage später nächtlicher neuer Aufregungszustand mit Zerstören, der sich die 2 folgenden Tage wiederholte. Da Pat. Milzschwellung hatte und man Intermittens larvata vermuthete, bekam er Chinin, worauf die Anfälle nicht wiederkehrten.

V. Oberlieutenant St. wurde bei der Mittagstafel am 10. Juni auffällig durch wiederholtes Toastiren und jeweiliges Hinunterschütten mehrerer Gläser Weines. Man führte ihn auf sein Zimmer. Gleich darauf hob St. die Fenster und Läden aus, warf sie in den Garten, lief herab, zornig, riss sich die Kleider vom Leib, schrie, es drohe dem Hause Oesterreich Verrath, er sei der Herzog v. Reichstadt, dazu da, den Verrath zu bestrafen. Er bedrohte die Officiere mit dem Säbel, alarmirte die Mannschaft in der nahen Kaserne, wurde mühsam von 10 Mann gebändigt, schrie, lärmte bis 3 Uhr früh, wo er plötzlich ruhig wurde und einschlief. Am anderen Morgens früh war er sehr erstaunt, gefesselt zu sein. Völlige Amnesie für diesen ganzen Anfall von transitorischer Tobsucht. Pat. soll bis zur Affaire ganz gesund gewesen sein.

VI. Jäger L., beschränkt, abergläubisch, bekam plötzlich, nachdem er Nachmittags viel schwarzen Caffee getrunken, Athembeklemmungen, glaubte sich behext, wollte aus dem Hause entfliehen, lief dem Wirth in die Hände, hielt diesen für ein Gespenst, erstach ihn mit dem Bajonett, lief in grösster Angst in die Kaserne und meldete, dass er sein Leben vertheidigt und dabei einen Mann gestochen habe.

VII. Husar K. bat Abends einen Bauer, mit dem er scharf gezecht hatte, um Nachtlager, das ihm in einer Stube, wo beide Kinder des Bauern schliefen, gewährt wurde. Bald darauf Hülferufe. Man fand K. ruhig im Fenster lehnend. Er sagte, ausser ihm, Gott und dem todten Kinde sei Niemand im Hause. K. behauptete, die Gestalt eines Mannes sei drohend auf ihn zugekommen. Er habe sie bei den Füssen gepackt und so lange zu Boden geschlagen, bis sie die Form eines Kindes angenommen. Darauf habe er um Hülfe gerufen.

Virgilio, Imbecillität. Muttermord. Gerichtsärztl. Gutachten. — Zeitschrift „Il Manicomio". IV. Jahrg. Heft 2.

Am 14. Juli 1887 schleuderte G. einen Stuhl mit solcher Wucht seiner Mutter an den Kopf, dass sie starb. Die Getödtete litt an chronischer Encephalopathie und hatte seit 16 J. zu Bett gelegen. Die That fand in zorniger Aufwallung statt über eine verweigerte Unterstützung. G. ist

Bauer, 28 J. Das gründliche Gutachten erweist einen hohen Grad von Imbecillität.

Gerichtlich-medicinische Fälle, herausgegeben von Dr. *Ortloff*. Heft IV.

Unter dem Titel: Mörder im Kindesalter. Moralischer Defect? bespricht Amtsrichter *Mau* in Sonderburg zunächst die cause celèbre der 12jährigen Mörderin Marie Schneider. Die Streitfrage dreht sich um die Entscheidung, ob sittliche Verderbtheit oder moralische Insanie hier bestehe. Verf. entscheidet sich in Bekämpfung der Argumente *Lindau*'s für die erstere Alternative und theilt mit Genugthuung mit, dass es dem Gefängnisspastor bereits gelungen ist, „den besseren Geist in dem Mädchen zu wecken".

Der zweite Fall eines kindlichen Mörders, als noch nicht bekannt, möge hier ausführlich referirt werden.

Am 14. März 1888 Nachmittags schickte Frau Näther ihr 9jähriges Töchterchen Margareta auf eine Commission. Das Kind war zuletzt mit dem Gemeindedienerssohn Conrad Eber gesehen worden. Es kehrte nicht zurück. Am anderen Tage fand man die M. ertrunken in einem Tümpel mit noch bei Lebzeiten ihr zugefügten äusseren Verletzungen. Eber, als böser Bube bekannt, in der Schule verhaftet, leugnete gemüthsruhig, die M. ermordet zu haben. Als man bei ihm Zucker fand, gestand er, die M. des Zuckers beraubt und um nicht von ihr angezeigt zu werden, sie ertränkt zu haben.

E. ist noch nicht 14 J. alt, hat Erkenntniss der Strafbarkeit seiner That, ist geistig beschränkt, faul, lügenhaft, diebisch, trotzig, war gegen Bestrafungen ganz gleichgültig, roh, grausam gegen Thiere, unzüchtig, boshaft, hat u. A. grundlos einen Mitschüler eines unsittlichen Attentats gegen eine Confirmandin beschuldigt, ist Stotterer.

Von Gewissensregung und Reue zeigte er nie eine Spur. Seine Erziehung war eine durchaus schlechte.

Der gerichtliche Sachverständige wies den aus mangelhafter Erziehung allein nicht erklärbaren moralischen Defect nach. Verurtheilung zu 10 J. Gefängniss.

Von erblichen Beziehungen, anatomischen und functionellen Degenerationszeichen u. s. w. schweigt der Bericht!

Dr. *Krauss*, der neunjährige Mörder Robert Stähle aus Oberndorf.

Am 6. Mai 1888 kehrte Ludwig, 8 J. alt, Abends nicht heim. Nachts fand man ihn im Steinbruch sterbend mit eingeschlagenem Schädel, daneben ein Hebeisen. Am anderen Morgen hatte der 9jährige Robert des L. Stiefel an. Er hatte den Mord wohlüberlegt begangen, um in den Besitz von L.'s Stiefeln zu gelangen, da am anderen Tage bei einem religiösen Umzug die Knaben mit Stiefeln zu erscheinen hatten und R. solche nicht besass!

R. ist körperlich verkümmert, von normalem Schädel, unheimlich

tückisch ausweichendem Blick, gemüthlich ganz defect, intellectuell befriedigend, diebisch, lügnerisch, tückisch, roh, grausam gegen Thiere. Geistlicher und Lehrer schreiben den Hauptantheil des Gemüthsdefects der Erziehung zu.

Der Vater ist Oxycephalus, dabei ein Hitzkopf, jedoch gemüthlich und intellectuell normal. Vor Jahren war er wegen Todtschlags bestraft worden. Die Mutter ist gemüthsstumpf. Sie hat ihre Kinder schlecht erzogen. Ihre Schwester war eine habituelle Diebin.

Verf. erklärt Inculpaten erblich, aber nur sittlich belastet, absolut gemüthlos und höchst bösartig. Der Grundzug des Mörders sei dem mütterlichen Boden entkeimt, es sei aber der Gewaltsamkeitstrieb als väterliche Mitgift hinzugekommen!

Verf. weist auf die Analogie mit dem Fall der Schneider hin. Dieser sittliche Defect sei bei allen geborenen Verbrechern zu finden. R. Stähle wurde in's Correctionshaus gegeben.

Duponchel, Krankhafte Impulse zum Fortlaufen aus dem Dienste bei Militärpersonen. — Annales d'hygiène publique. Juli.

Verf. giebt klinische und forensische Bemerkungen über dieses nicht seltene Vorkommniss, nebst Beispielen. Er findet es bei erblich Belasteten, bei Hysterischen und namentlich bei Epileptikern. Er unterscheidet Fälle von rein automatischem und von durch irgend eine Idee determinirtem Davonlaufen. Klinisch lassen sie sich als psychische Dämmer-, Traum- und Zustände von Autosomnambulismus definiren.

Verf. berichtet in seiner Beob. 2 eine wahre Odyssee eines armen Teufels von Soldaten durch einen grossen Theil von Europa, auf Grund von hysterischen psychischen Ausnahmszuständen, wobei Zustände von Autohypnose und Autosuggestion mit unterlaufen.

v. Krafft, Gerichtsärztliche Gutachten. — ***Friedreich's*** Blätter f. gerichtliche Medicin. 6. Heft.

1. Gefährliche Bedrohung. Paranoia persecutoria im Beginn.
2. Alcoholismus chronicus. Eifersuchtswahn. Mord der Ehefrau.
3. Majestätsbeleidigung. Deliranter Aufregungszustand mit periodischem Stupor, wahrscheinlich auf epileptischer Grundlage.
4. Majestätsbeleidigung. Paranoia querulans.
5. Biss in die Nase der Geliebten. Fragliche Sinnesverwirrung zur Zeit der That.

Eskridge, Fall von Mord unter sonderbaren Umständen. — Alienist und Neurologist. Januar.

Ein Mann, früher und später geistesgesund, nicht epileptisch, gerieth unmittelbar nach Schlägen auf den Kopf in einen unbewussten Zustand,

in welchem er ganz automatisch den früheren Gegner erschoss. Nur ganz vage Erinnerung für das in diesem Zustand passirte. Verf. macht es wahrscheinlich, dass hier ein dem Hypnotismus oder Somnambulismus ähnlicher vorübergehender Zustand durch das Kopftrauma hervorgerufen war. Der Mörder wurde wegen Bewusstlosigkeit zur Zeit der That freigesprochen.

Tschisch, W. F., Ueber die Verpflegung geisteskranker Verbrecher in Russland.

Die Frage, wohin mit unseren geisteskranken Verbrechern und Untersuchungsgefangenen? lenkt auch bei uns immer mehr und mehr die Aufmerksamkeit auf sich, und recht gewichtige Stimmen haben es in den letzten Jahren versucht, zu ihrer Lösung das ihrige beizutragen. Die ersten, welche diese Frage an das Licht der Oeffentlichkeit zogen, waren *Danillo* und *Djnkow*, in dem Wjestnik Psychiatrii vom Jahre 1884—1885. Weiter derselbe Dr. *Danillo* und *Jakowenko* auf dem psych. Congress 1887 in Moskau und schliesslich *Tschisch*.

Verfasser hebt in seiner Arbeit hervor, dass in Bezug auf diese Frage noch wenig oder gar nichts in practischer Beziehung gethan ist, dass aber auch diese Frage eine brennende ist und in Angriff genommen werden muss, deshalb aber eine um so grössere Aufmerksamkeit und strenge Kritik erfordert, um nicht grobe Fehler zu begehen, die später schwer oder gar nicht ausgemerzt werden können. In Bezugnahme auf die russische Gesetzgebung behandelt er die Frage von drei Gesichtspunkten und zwar:

a) Wohin mit den Verbrechern, welche geistig erkranken?

b) Wohin mit den Untersuchungsgefangenen, deren geistige Gesundheit zweifelhaft und über die das Gericht noch nicht entschieden?

c) Wohin mit solchen Personen, welche im krankhaften Zustande ein Vergehen oder Verbrechen begangen, aber laut Paragraph 95—96 des Strafgesetzbuches als unzurechnungsfähig erkannt werden?

Diese letzte Frage ist durch das Gesetz vollkommen zufriedenstellend entschieden und bedarf keiner weiteren Erörterung. Solche Personen werden von Rechtswegen einer Irrenanstalt übergeben, wo sie bis zu ihrer vollen Genesung als Kranke, ganz ebenso wie jeder andere Irre, verbleiben, behandelt und verpflegt werden.

Geisteskranke Verbrecher werden bis jetzt fast ausschliesslich in den verschiedenen Gefängnissen gehalten, doch fängt man an einzusehen, dass dies Verfahren für einen grossen Theil der Gefangenen ein Unding ist. Auf Grund der Erfahrungen, die in anderen Ländern gemacht worden, und auf Grund eigenartiger Bedingungen, wie der ausserordentlichen Ausdehnung des Reiches, erschwerter Communication u. s. w. kommt *Tschisch*, und das mit vollem Rechte, zu dem Schlusse, dass besondere, specielle Irrenanstalten für geisteskranke Verbrecher, für Russland, unter keiner Bedingung wünschens- und nachahmungswerth seien.

Eben so verwirft er auch auf Grund kritischer Sichtung die Errichtung von Irrenabtheilungen bei grösseren Gefängnissen. So bleibt denn eigentlich nichts übrig, als derartige Kranke in Irrenanstalten unterzubringen, aber auch hiergegen verwahrt sich *Tschisch*, wenigstens in dem Sinne, wie es *Sander* verlangt, auf das allerentschiedenste. Die Ansichten, welche Letzterer in seinem bekannten Werke „Die Beziehungen zwischen Geistesstörungen und Verbrechen" ausgesprochen, kritisirt er auf das Strengste, und beweist auf das Schlagenste, sowohl aus dem Werke selbst, wie auch aus Berichten über Dalldorf und den von den Landes-Directoren an die Regierung gestellten Forderungen, wie wenig stichhaltig und unpractisch die *Sander*'schen Ansichten sind, und wie wenig empfehlenswerth ihre Einführung für die noch in ihrer Entwickelung begriffenen russischen Irrenanstalten wäre.

Anders verhält sich die Sache mit den verbrecherischen Geisteskranken, dieselben sind eben nur Irre, wie jeder andere Geisteskranke, und kommen unter ihnen auch hin und wieder gefährliche Individuen vor, so sind es eben nur gefährliche Irre, welche in die Irrenanstalt gehören.

Es bleibt nun noch die Frage, was soll mit den Untersuchungsgefangenen geschehen, deren Geisteszustand zweifelhaft ist und über welche das Gericht noch nicht entschieden hat? Können und dürfen derartige Personen mit unseren gewöhnlichen Irren zusammengebracht werden? Bei Beantwortung dieser Frage kommt *Tschisch* zu demselben Urtheile wie bei den geisteskranken Verbrechern, plus den Bestrebungen der Simulation und der Fluchtversuche, und hält deshalb ihre Unterbringung in Irrenanstalten nicht für zweckentsprechend, wobei er auch noch andere Gründe so z. B. die grössere Arbeit und Verantwortlichkeit der Aerzte für solche Kranke zu Felde führt. Schliesslich aber spricht er sich dahin aus, dass dieser bis jetzt bestehende Usus, derartige Personen der Irrenanstalt zu überweisen, bis auf Weiteres bestehen kann und muss! Jedoch sei es aus practischen und öconomischen Gründen zu wünschen, dass auch diesem Uebelstande so bald wie möglich Abhülfe gebracht werde, um so viel mehr, da es nicht selten vorkommt, dass derartige Untersuchungsgefangene aus Mangel an Platz an den bestehenden Irrenanstalten oft 6—8 Monate warten müssen, ehe sie in einer Anstalt Aufnahme finden. Als Endresultat verlangt *Tschisch* für geisteskranke Verbrecher und Untersuchungsgefangene besondere getrennte Abtheilungen, für plus minus 50 Kranke, bei den bestehenden Irrenanstalten, und stimmt fast vollständig mit den Ansichten und Forderungen *Simon*'s und *Langreuter*'s überein, verlangt jedoch, dass diese 50 Kranken einen Arzt für sich haben, welcher unter der Leitung und Beihülfe des Directors der Anstalt stehe. Gestützt auf eigene und fremde Erfahrung berechnet er das Verhältniss der Männer zu den Frauen wie 6 : 1; also müssten bei einer Abtheilung für 50 geisteskranke Verbrecher wenigstens 7 Plätze für Frauen sein. *A. v. Rothe.*

Tschisch, W. F., Die geisteskranken Arrestanten (Verbrecher). — Wjestnik Psychiatrii VI, Heft 1.

Verfasser theilt uns mit, auf welchem Wege in Petersburg die Abtheilung für geisteskranke Verbrecher an der Irrenanstalt des heiligen Panteleimon entstanden.

In Petersburg war seiner Zeit der Versuch gemacht worden, die geisteskranken Verbrecher in der Irrenanstalt aller Leidtragenden (Wsiech skorbjaschtschich) unterzubringen, jedoch schon im Jahre 1851 verlangte die Anstalts-Verwaltung die Entfernung dieser Kranken, in Folge wessen dem Obuchowschen Hospital der Vorschlag gemacht wurde, diese Kranken bei sich aufzunehmen, was das Curatorium verweigerte. Hierauf werden diese Patienten dem am Correctionshause (die heutige Irrenanstalt des h. Nicolaus) befindlichen Hospital übergeben, in welchem gewöhnliche Geisteskranke, Untersuchungsgefangene und geisteskranke Verbrecher ohne Unterschied unter einander gemischt waren, was zu vielen Unannehmlichkeiten Veranlassung gab. Ausserdem befand sich aber die Petersburger Hauptverwaltung der Gefängnisse (Justiz-Ministerium) in der unangenehmen Lage, für ihre geisteskranken Verbrecher und Untersuchungsgefangene kein Unterkommen zu haben, und musste in jedem einzelnen Falle um Aufnahme für ihre Kranke in Anstalten anderer Ministerien bitten. Die Aufnahme hing dann von den vacanten Plätzen ab (und solche gab es für gewöhnlich gar nicht), ob der Kranke aufgenommen werden konnte oder nicht. Die Behandlung und Untersuchung wurde dadurch in die Länge gezogen, da es nichts ungewöhnliches war, dass ein solcher Kranker 6—8 Monate auf seine Aufnahme in einer einzelnen Gefängnisszelle wartete.

Diese schreienden Uebel- und Missstände waren die Veranlassung, dass die Haupt-Gefängniss-Verwaltung endlich am 1. Juli 1883 an dem ausserhalb der Stadt gelegenen Reservehospital (der heutigen Irrenanstalt des h. Panteleimon seit Februar 1885) zwei Baracken für ihre Kranken einrichtete und somit eine eigene Irrenabtheilung für geisteskranke Arrestanten eröffnete.

Im Laufe dieser Zeit, vier Jahre, wurden aufgenommen 114 M. und 26 Fr. = 140. Durchschnittlich befanden sich 17,20 M. und 5,27 Fr. = 22,47 geisteskranker Arrestanten, Verbrecher, in dieser Irrenabtheilung. Was die Zeit des Verbleibes in der Abtheilung anbelangt, so betrug dieselbe durchschnittlich für M. 236,33, für Fr. 318,57 Tage. Die grösste Zahl 55 M. und 5 Fr. = 60 gehörten dem Bauernstande an; dem Alter nach waren 48 M. und 11 Fr. = 59 im Alter von 20—30 J.; 12 M. und 1 Fr. = 13 von 15—20 J.; 32 M. und 6 Fr. = 38 von 30—40 J. Von diesen 140 Personen wurden der Abtheilung übergeben 87 M. und 15 Fr. = 102 zur Bestimmung ihres Geisteszustandes zur Zeit des begangenen Verbrechens oder Vergehens. 23 M. und 11 Fr. = 44 zur Behandlung und Verpflegung. 4 M., welche während der Voruntersuchung erkrankten.

48 M. 5 Fr. = 53 wurden von dem Gerichte laut Paragraph 95 und 96 des Strafgesetzbuches als unzurechnungsfähig erkannt. 6 M. 1 Fr. = 7 erkannten die Geschworenen als unzurechnungsfähig. 10 M. 2 Fr. = 12 wurden als gesund und 1 M. als nicht geiseskrank erkannt. 2 M. wurden verurtheilt. 4 M. 1 Fr. = 5 starben in der Abtheilung. 23 M. 5 Fr. = 28 verblieben am 30. December 1887 in der Abtheilung. Was die Formen der Geistesstörung anbelangt, so waren alle vertreten, am zahlreichsten jedoch primäre Verrücktheit 21 M. 2 Fr. = 23. Chronischer Alcoholismus 19 M. 1 Fr. = 20. Secundärer Blödsinn 11 M. 6 Fr. = 17. Epileptisches Irresein 11 M. 1 Fr. = 12. Angeb. Blödsinn 8 M. 2 Fr. = 10. Gesund 10 M. 5 Fr. = 15. Melanch. 7 M. 1 Fr. = 8. Manie 2 M. Simulanten 4 M. 1 Fr. = 5.

Was die Vergehen oder Verbrechen anbelangt, so befanden sich

8 M.	1 Fr.	=	9	wegen politischer Verbrechen,
25 -	2 -	=	27	Verbrechen gegen die Person,
17 -	2 -	=	19	wegen Mord und Todschlag,
8 -	3 -	=	11	wegen Brandstiftung,
43 -	14 -	=	57	Vergehen gegen fremdes Eigenthum,
9 -	4 -	=	13	wegen Vagabundiren,
4 -	— -	=	4	aus unbekannten Gründen
114 M.	26 Fr.	=	140.	

Hervorgehoben muss werden, dass ein eigentlicher Zusammenhang zwischen dem Vergehen oder Verbrechen und der Form der Geistesstörung nicht constatirt werden konnte, mit Ausnahme, dass die grösste Zahl derselben durch chronische Alcoholisten ausgeübt wurde.

Die Unterhaltskosten dieser 140 Kranken, die zusammen 35 225 Tage in der Abtheilung verbrachten, betrugen 27 790 Rubel 27 Kop., was pro Tag und Kopf 78,89 Kop. beträgt. Am 30. December 1887 ist diese Abtheilung geschlossen, und die nachgebliebenen Kranken in die Irrenanstalt des h. Nicolaus übergeführt worden. *A. v. Rothe.*

Tschisch, W. F., Ueber Willensfreiheit. — Wjestnik Psych. VI. Heft 1.

Dieses Thema wählte der Verfasser als Antrittsrede beim Beginn seiner Vorträge über Psychopathologie an der juristischen Facultät der St. Petersburger Universität am 11. Februar 1888. Zuerst erläutert er die Frage vom philosophischen, metaphysischen Standpunkte und dann vom Gesichtspunkte der heutigen Psychophysik. Der Vortrag ist klar und anregend, und der Verfasser erklärt sich als Anhänger der Ansichten *Du Bois Reymond's*. Die Lösung der Frage gipfelt in dem Satze „die Willensfreiheit beruht auf der Anwesenheit äusserer unmittelbarer Ursachen und der selbstständigen Wahl der Handlung". *A. v. Rothe.*

Greidenberg, B. S., Gerichtlich-psychiatrische Beobachtungen. Ein erblich veranlagter psychopathischer Charakter. Versuche der Tödtung des Bruders im Zustande eines pathologisches Affectes. — Wjestnik Psych. V. Heft 2.

Am 16. September 1885 verwundete der Landwirth Karl M. seinen Bruder August durch einen Revolverschuss in den Fuss. Die Veranlassung dazu war ein Streit der Brüder, hervorgerufen durch den Zank ihrer Kinder, und da das Benehmen des Karl schon oft die Aufmerksamkeit der Dorfbewohner auf sich gelenkt, so gab der Vorfall Veranlassung zu seiner gerichtlichen Untersuchung. In der Familie des Inculpaten sind drei Verwandte (Geschwisterkinder) geisteskrank, Karl selbst zeigt eine Asymmetrie des Gesichtes und organisches Herzleiden, von jeher galt er als herrschsüchtig, rechthaberisch, zanksüchtig, misstrauisch und im höchsten Grade processsüchtig, so dass er sein ganzes väterliches Erbtheil verprocessirt hatte, dann dem Bruder und der Mutter zur Last fiel und sie beschuldigte, ihn in der Erbangelegenheit übervortheilt zu haben, und daher der Hass und die fortwährenden Nörgeleien gegen Mutter und Bruder, ja gegen seine ganze Umgebung und die Dorfgemeinde, welche er gegen sich glaubte, und daher Verdächtigungen, man wolle ihn und seine Kinder auf irgend welche Art beseitigen. Der anfängliche Streit der Kinder verwickelte auch die Brüder und im Affecte der Leidenschaft und unter dem Einflusse seiner Zwangsvorstellung schoss er nach dem Bruder.

Das Geschworengericht erkannte den Karl M. strafbar und das Gericht verurtheilte ihn zu 3 Monaten Gefängniss. *A. v. Rothe.*

Sikorski, J. A., Gerichtlich-psychiatrisches Gutachten über den Geisteszustand des Schreibers Ja. D., angeklagt des Todschlages. — Wjestnik Psych. V. Heft 2.

Den 2. September 1874 Abends gegen 9 Uhr kam der Schreiber Ja. D. in das Haus des Tach zu seiner Bekannten A. E., welcher er im Streite mit einem scharfen Instrumente mehrere Wunden (unter andern eine in die Brust, an welcher die A. E. starb) beibrachte. Verhaftet, machte er auf den Polizeicommissar und den Untersuchungsrichter den Eindruck, als befinde sich Ja. D. in einem abnormen Zustande. Diesen selben Eindruck machte er auch während der Untersuchungshaft auf die Experten und in Folge dessen wurde Ja. D. zur genaueren Untersuchung erst dem Militär-Hospital in Kieff und dann der psychiatrischen Klinik in Petersburg übergeben. Ja. D. wurde im J. 1848 im Gouvernement Archangels geboren. Eltern und Verwandte gesund, der Vater war Unteroffizier, in der Kindheit und Jugend war Inculpat stets eigensinnig, leicht erregt, furchtsam, blöde, zeitweise heftig. In der Schule entwickelte er nur geringe Fähigkeiten, liebte aber zu lesen. Mit 16—17 Jahren kam er als Schreiber in

ein Regiment. Im 20. Jahre fingen sich seine Geschlechtsfähigkeiten an zu entwickeln, doch fühlte er sich nur zu kleinen Mädchen hingezogen, mit welchen er onanirte. Im Dienste war er nachlässig, im Umgange mit Anderen schwankend, wankelmüthig, bald sich überhebend, bald blöde und in sich verschlossen, oder auch heftig und aufbrausend, wiederum auch wie schlaftrunken und geistesabwesend. Diese Veränderungen wurden nicht nur von seiner nächsten Umgebung, sondern auch von ihm fern stehenden Personen beobachtet. Mit der A. E. wurde er im Januar 1874 bekannt, und wohnte mit ihr und ihrer Mutter gegen 2 Monate zusammen, doch kam es, obgleich sie nicht nur in einem Zimmer, sondern fast in einem Bette schliefen, zu keiner eigentlichen geschlechtlichen Vereinigung wegen Impotentia virilis.

Da die Mittel des Ja. D. nicht ausreichten, um für alle drei den Unterhalt zu schaffen, so musste er sich von ihr trennen, was ihn sehr deprimirte und fast zur Verzweiflung trieb. Was nun den zu Untersuchenden anbetrifft, so ist er klein von Wuchs, der Kopf verhältnissmässig klein, Gesichtsausdruck der eines Kindes, Bartwuchs sparsam, Geschlechtsorgane schwach entwickelt, nur ein Hode im Scrotum, der andere in dem Leistenkanal, Impotentia virilis. Das Affectleben ist sehr leicht erregbar, und er verlor oft alle Herrschaft über sich, doch waren die Affecte nur von kurzer Dauer und ohne besonderen Eindruck zu hinterlassen, doch beobachtete man immer, selbst während schwacher Affecte, starkes Muskelzittern, Blässe des Gesichts, Pupillenerweiterung, Verworrenheit, Bewusstlosigkeit und verschwommene unklare Vorstellungen; während des Aufenthaltes auf der Klinik wechselte beständig unmotivirte Depression mit nicht unbedeutender Exaltation verbunden mit falscher Sinnesempfindung wie auch mit Verfolgungsideen oder Grössenwahn. Auf Grund dieser Beobachtungen lautete das Gutachten: dass Ja. D. an angeborenem Schwachsinn, Dementia innata, leide, und dass die incriminirte That in einem Zustande krankhafter Aufregung, welche mit voller Bewusstlosigkeit verbunden war, vollzogen worden ist. *A. v. Rothe.*

Seherhand, Ein gerichtlich psychiatrischer Fall. — Russ. Archiv. f. Psych. B. XI. H. 2.

Ein Bauer O., 20 J. alt, Gewohnheitstrinker, war wegen Mord dem Gerichte übergeben worden, die Handlung war im Zustande des alcoholischen Irreseins ausgeführt worden, und in Folge dessen wurde der Verbrecher dem Gouvernements-Hospitale übergeben, von wo aus er eine Bittschrift an das Kreisgericht schickte, in welcher er um seine Entlassung nachsuchte. Die Entlassung erfolgte, da O. bei der Untersuchung als gesund erkannt wurde.

Gegen derartige Entlassungen protestirt Dr. *Seherhand* und spricht seine Ueberzeugung aus, dass Gewohnheitstrinker für ihre Umgebung ge-

fährlich sind und deshalb ihre volle Freiheit nicht geniessen können, und es zweckmässiger wäre, derartige Individuen einem Arbeitshause zu überweisen. *A. v. Rothe.*

Serbski, W. P., Die in der Tambow'schen Irrenanstalt während des J. 1886 gerichtlich untersuchten Fälle. — Russ. Arch. f. Psych. B. XII. H. 2 u. 3.

Die zu untersuchenden Individuen wurden obengenannter Anstalt im Laufe des Jahres von dem Tambow'schen Kreisgerichte zugeschickt. Die Zeit der Exploration betrug von 6 Wochen bis zu ½ Jahr. Die Zahl der gerichtlichen Fälle betrug 22, was im Verhältnisse zu den 210 im Laufe des Jahres aufgenommenen Kranken 10,4 % ausmacht. Der Form nach waren unter den Untersuchten 6 an Paranoia; 4 an Paralysis prog.; 2 an Dement. secund.; 2 an Imbecillitas; 2 an Psychoepilepsia; 1 an Psychosis period.; 1 an Inanitia moralis leidend und 4 wurden als gesund befunden. Verfasser kommt auf Grund seiner Beobachtung zu der Ueberzeugung, dass unter den ungebildeten Landleuten systematische Wahnideen fast gar nicht vorkommen, ebensowenig auch charakteristische affective Zustände; es scheint als besitze die Gehirnthätigkeit dieser Leute nicht die nöthige Energie, um die neu entstandene Weltanschauung in ein System zu bringen. *A. v. Rothe.*

Luzenberger, A., Simulation von Krämpfen, Verlust der Erinnerung und Verwirrtheit bei einem Schwachsinnigen. Gerichtliches Gutachten. — Il manicomio moderne IV, 2.

Der von *L.* mitgetheilte Fall entbehrt nicht des Interesses, da es sich nicht um eine einfache Simulation handelte, sondern der wirklich Kranke und Unzurechnungsfähige eine Reihe von Symptomen wissentlich vortäuschte und damit einen neuen Beweis für den alten Erfahrungssatz abgab, wie es nicht genügt die Simulation aufzudecken, um damit die Geistesgesundheit nachzuweisen, sondern dass auch wirklich Geisteskranke simuliren und zwar gerade mit Vorliebe simuliren. In diesem Falle handelte es sich um einen jungen Mann, der in seiner Kindheit an epileptischen Krämpfen gelitten hatte, die sich später verloren, aber eine krankhafte Veränderung seines Charakters und seines ganzen Wesens zurückgelassen hatten. Grund zur Untersuchung gab eine Verletzung ab, die er mehreren Bekannten zugefügt hatte und er wurde der Irrenanstalt zu Nocera inferiore zur Beobachtung überwiesen.

Hier erlitt er nun anscheinend mehrfache epileptische Anfälle, zeigte grosse aber schwankende Gedächtnisslücken und eine Reihe anderweitiger krankhafter Aenderungen, aus deren Unbestimmtheit und Unwahrscheinlichkeit der Verf. mit Recht den Schluss zieht, dass sie simulirt seien.

Nichts desto weniger aber war der Simulant gleichzeitig ein Geisteskranker, an dessen Unzurechnungsfähigkeit nicht zu zweifeln war.

Das Gutachten ist lesenswerth und mit Geschick abgefasst.

Pelman.

---

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und Therapie. Ref.: Schüle-Illenau.

Allgemeine Pathologie.

Clouston, T. S., Vortrag gehalten auf der Jahresversammlung der „Medico-Psychological Association". Edinburgh, August, 1888. Journ. of ment. sc. Octbr.

In der eleganten Form eines Vortrags (Präsidentschafts-Adresse), in geistvoller inductiver Entwickelung behandelt Verf. die Frage: welches ist die typische Form der Geisteskrankheit? und findet darauf die Antwort: Das jugendliche Irresein, das in secundäre Dementia übergeht. Die Analyse der secundären Dementia schliesst sich als weiteres und eigentliches Hauptthema an, und wird nach physiologischer, psychologischer, klinischer und anthropologischer Beziehung durchgeführt. In ihrer reinen Form ist die Dementia gleich dem vorzeitigen geistigen Hirntod; sie entsteht deshalb typisch auch nur in den Jahren des Hirnwachsthums; hereditäre Anlage ist wesentliche Bedingung. Masturbation kann deren Eintritt erleichtern, ist aber nicht nothwendig zu deren Entstehung. Von den ihr vorausgehenden psychischen Krankheiten ist Manie die gefährlichste. Oft sind die psychopathischen Anfälle in ihrem Einzelauftreten oder in ihrer Abwechselung — sei's im Rahmen des Individuallebens oder in ihrer Vertheilung auf mehrere Glieder einer Familie — nur die einleitenden resp. vorbereitenden Erscheinungsformen der „absteigenden" Hirnleistungscurve, die endlich in secundärer Dementia einmündet. Was der letzteren pathologisch-anatomisch zu Grunde liegt, wissen wir nicht, wenigstens nicht in den entscheidenden Anfangsstufen. Die Abwehr der drohenden Dementia betrachtet Verf. mit Recht als die Cardinalaufgabe der psychiatrischen Therapie; zweifellos ist dieselbe in manchen Fällen erreichbar.

Searcy, J. T., Die geistigen Eigenthümlichkeiten der beiden Geschlechter. — The Al. a. Neurol. Octbr.

Untersuchung der psychologischen und socialen Gegensätze resp. Unterschiede zwischen Weib und Mann: dort Conservativismus, hier Fortschritt;

dort das Spiegelbild der betr. Race in ihrer Vergangenheit, hier das der zu erhoffenden Zukunft. Je gesunder und entwickelungskräftiger ein Volk, desto schärfer ist der Unterschied zwischen Mann und Weib ausgeprägt; je invalider und fortschrittsschwächer ein Stamm, desto mehr wird der Mann weibisch, und verlieren beide Geschlechter die ererbten Züge ihrer Ahnen.

Houzé, E., Anthropologische Fragen bei der Untersuchung Geisteskranker. — Bull. de la société de méd. ment. de Belgique.

Enthält den Fragebogen für die vom anthropologischen Standpunkt aus wichtigen Erhebungen bei Aufnahme des Status praesens. Das Detail ist im Original einzusehen.

Belmondo, E., Die Perversität der Geschmacksempfindung Geisteskranker. — Riv. sperim. Vol. XIV. Heft I u. II.

Anknüpfend an einen im Detail erzählten Krankheitsfall mit Section unterwirft Verf. die Frage über die Perversität der Geschmacksempfindungen und die Anomalieen der Nahrungsaufnahme — speziell die Sucht vieler Irren Ungeniessbares und direct Schädliches zu essen — einer sehr eingehenden historischen, klinischen und anthropologischen Erörterung. Er stellt die Anomalieen in diesem Gebiet neben die Perversitäten der Geschlechtsempfindung, und denkt, auf physiologische und einige beglaubigte pathologische Befunde gestützt, an primäre Alterationen im Gehirn dieser Kranken, vielleicht an Affectionen des Sympathicus, wodurch eine abnorme Geschmacksneigung bedingt, speciell bei Idioten der gesammte Essdrang auf eine tiefere anomale Stufe eingestellt wird. Neben diesen allgemeinen können aber auch manchmal Gelegenheitsursachen in Form organischer Veränderungen der Gastero-Intestinalschleimhaut sich betheiligen, wie in dem vom Verf. Eingangs beschriebenen Falle.

Hughes, C. H., Das Nervensystem bei Krankheiten. — The Al. a. Neur. July.

Betont die Wichtigkeit der individuellen Widerstandskraft des Nervensystems, als des letzten und ausschlaggebenden Factors in jeder Krankheit. Verf. bekennt sich zum Ausspruche *Cullen's*, dass im letzten Grunde alle Krankheiten „nervöse" genannt zu werden, verdienten.

Benedikt, Die klinischen Resultate der Craniometrie und Kephalometrie. — *Erlenmeyer's* Centralbl. 21.

Verf. giebt in Form eines Vortrags in gedrängter Kürze seine bezüglichen Erfahrungen, sowohl bei Schädelanomalieen im Ganzen als bei partiellen Wachsthumshemmungen, und repartirt im Weitern deren Vorkommen auf die damit behafteten neuropathischen resp. verbrecherischen In-

dividuen. Als den obersten Grundsatz der kraniologischen Architectonik bezeichnet B. den „Kampf um den Inhalt", und zwar nicht blos im Grossen und Ganzen, sondern auch im Detail (die Einzelresultate sind im Texte einzusehen); er schliesst mit der Gesammterfahrung, „dass in einem überraschend grossen Theil der Fälle die Abnormitäten des Schädels und des Kopfes sich mit abnormen Functionen des Gehirns decken und umgekehrt".

***Gottstein*, Die im Zusammenhange mit den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems stehenden Kehlkopfaffectionen. — Separatabdruck aus dem Lehrbuch der Kehlkopfkrankheiten. — Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1888.**

In dankenswerthester Weise füllt Vf. eine Lücke, indem er übersichtlich und klar den Zusammenhang von Kehlkopfaffectionen mit organischen Erkrankungen des Centralnervensystems bearbeitet; umfassend wird dabei die einschlägige Literatur berücksichtigt. Bei den Gehirnerkrankungen kommen in Betracht die Hirnblutungen, die Encephalomalacie, die Tumoren, die progressive Bulbärparalyse, die Pseudobulbärparalyse, die multiple Sklerose, die Gehirnsyphilis; bei den Rückenmarkserkrankungen werden hervorgehoben die Tabes, die amyotrophische Lateralsklerose und die progressive Muskelatrophie. S.

***Köppen*, Ueber Albuminurie bei Geisteskranken. — München. med. Wochenschrift. No. 27.**

Es findet sich im Urin Geisteskranker häufiger Eiweiss als bisher angenommen wurde. Die Fälle, in denen die Albuminurie als wesentliches Moment des Zustandes auftrat, lassen sich in 3 Gruppen bringen.

1) Psychosen, welche sich auf Grund einer Nephritis entwickelt haben. Es giebt hier psychische Störungen, die man direct als urämische Intoxications-Psychosen auffassen kann. 2) Psychosen, die sich auf Grund einer allgemeinen Arteriosklerose entwickelten. Das Auftreten von Eiweiss ist hier abhängig entweder von der Beschaffenheit des Gefässsystems oder von einer Nierenerkrankung, hervorgerufen durch die Arteriosklerose. *Fürstner* fand bei Delirium tremens im Urin Eiweiss und constatirte, dass dasselbe mit der psychischen Verwirrtheit und Benommenheit zunahm. Dieser Satz lässt sich verallgemeinern: Man findet in den allermeisten Fällen, wo psychische Verwirrtheit und Benommenheit besteht, Eiweiss im Urin und zwar zu- und abnehmend mit den psychischen Erscheinungen: beim Delirium acutum, in bestimmten Stadien der Manie u. s. w. Es gelang nicht allein das gewöhnliche Eiweiss, sondern auch Propepton im Urin zu constatiren. Das Propepton ist nach den Beobachtungen *K.*'s in vielen Fällen als das erste Anzeichen eines Einflusses des Gehirns auf die Nieren aufzufassen. Die Urine hatten meistens hohes specifisches Gewicht. Mikroskopisch fand sich selbst in Fällen von sehr viel Albumin nichts als zu-

weilen spärliche hyaline Cylinder und einige Epithelien. Es ist also das Auftreten des Eiweisses in diesen Fällen allein auf den Zustand des Gehirns surückzuführen und man könnte in einem gewissen Sinn von einer centralen Albuminurie sprechen. *S.*

Popow, N. M., Die Grundlagen der heutigen Psychiatrie im Zusammenhange mit der geschichtlichen Entwickelung. — Russ. Archiv. f. Psych. B. XII. H. 3.

Der Titel verspricht mehr als er hält, da wir nur eine sehr gedrängte Geschichte der Psychiatrie finden, wie dieselbe im süd-westlichen Europa sich ausgebildet hat. *A. v. Rothe.*

Helweg (Aarhus), Diffuse Phlegmone und andere acute Trophoneurosen bei Geisteskranken. — Nord. medic. Arkiv. XX. No. 4.

Helweg hat früher schon sorgfältige Untersuchungen über spinale Affectionen bei Geisteskranken publicirt, die zu interessanten Folgerungen über die Betheiligung vasomotorischer und trophischer Fasern des Rückenmarkes an der Entstehung psychischer Störungen und der sie begleitenden Ernährungsanomalieen führten. Die vorliegende Studie bringt neben einer Anzahl kürzerer sieben sehr ausführliche Krankengeschichten von Psychosen, die unter ausgebreiteter diffuser Phlegmone und anderen daneben bestehenden Trophoneurosen der Haut letal endigten. In 2 von diesen Fällen schlossen die Hautaffectionen sich unmittelbar an intercurrente acute Rückenmarksleiden bei alten Anstaltsinsassen.

Die höchst sorgfältige Analyse der in allen Fällen vollständig durchgeführten mikroskopischen Untersuchung des Rückenmarks zeigt, dass jedesmal die Clarke'schen Säulen sclerosirt oder erweicht waren; die in dieser Region erkrankten Rückenmarkssegmente standen zu dem Sitz der diffusen Phlegmone derart in topographischer Beziehung, um nur unter der Annahme, dass die in den erkrankten Clarke'schen Säulen entspringenden centrifugalen Fasern denselben Verlauf wie die vasomotorischen Fasern haben, einen Zusammenhang zwischen der Affection dieser Ganglienformation und der Hautaffection zu rechtfertigen.

Für diesen Zusammenhang, und damit für die trophische Bedeutung der Clarke'schen Säulen sprechen aber eine Anzahl schlagender, aus der Rückenmarksuntersuchung entnommener Gründe; und ferner spricht die grosse Häufigkeit der diffusen Phlegmone bei Psychosen (in *Helweg*'s Material mit 2,4 pCt. aller somatischen Erkrankungen der Aarhuser Anstalt) für den Zusammenhang dieser Störung mit den der Psychose zu Grunde liegenden centralen Processen. Dazu kommt, dass die diffuse Phlegmone nur bei den schwersten Formen von Psychosen auftritt, wo tiefe Störungen des Centralnervensystems bestehen, und anerkannte Trophoneurosen häufig sind. *Helweg* stützt seine Auffassung ferner auf die innere Verwandtschaft der diffusen Phlegmone mit zweifellosen Trophoneurosen. Oedeme und

diffuse Erytheme bilden Vorstufen der diffusen Phlegmone, der acute Decubitus ist eine diffuse Phlegmone mit Neigung zur Hautgangrän, und schliesslich sind circumscripte Phlegmonen, Ecthyma, Furunkel verwandte und häufig daneben hergehende Erscheinungen.

Die Arbeit *H.*'s verdient übrigens auch noch deshalb besondere Beachtung, weil sie zeigt, wieviel pathologisches sich im Rückenmark Geisteskranker finden lässt. *Kurella.*

***Venanzio*, Diagnose und Behandlung der exsudativen Pleuritis bei Geisteskranken. — Archiv. ital. per le malatie nervose. XXV. 3.**

V. beklagt, dass in italienischen Irrenanstalten die intercurrenten Erkrankungen vernachlässigt werden über speculativen und „positivistisch-philosophischen" Studien, wendet sich gegen die Behauptung, dass es bei Irren häufig „latente" Pleuritiden gäbe und schildert mit genauem Eingehen auf die physikalische Diagnostik 10 seiner Fälle von pleuritischen Ergüssen, von denen 7 durch Thoracentese geheilt resp. gebessert wurden. *Kurella.*

***Rivano*, Phosphorsäureausscheidung durch den Urin bei Epileptikern. — Annali di Freniatria e scienze affini. I. 1.**

R. hat bei 6 Epileptikern in einer grösseren Zahl von Analysen die Differenzen im Phosphorsäuregehalt der 24 stündigen Urinmenge in anfallsfreien Tagen zwischen dem Betrage dieser Substanz in gleich langen Perioden mit epileptischen Anfällen bestimmt. Dabei ergab sich für diese Perioden eine regelmässige Vermehrung, im Mittel um 33 pCt., der gesammten Phosphorsäure; an diese Vermehrung betheiligte sich fast ausschliesslich der an alkalische Erden gebundene Antheil der Säure (der oft 180—190 pCt. der Quantität anfallsfreier Perioden betrug), während die an alkalische Metalle gebundene Säure keine erheblichen Differenzen erkennen lies. In allen Fällen blieb das Minimum der Säure in anfallhaltenden Perioden stets über dem Maximum anfallsfreier Zeiten. *Kurella.*

Aetiologie.

***Revington*, *G. T.*, Die neuropathische Constitution. — Journ. of ment. Sc. July.**

Fortsetzung der im vorigen Semestralbericht referirten Arbeit. Verf. bespricht hier den Zusammenhang der neurotischen Anlage mit der Paralyse, und findet unter 145 der letzteren Krankheitsform zugehörigen Fällen bei 38 Geistesstörung in der Familie, bei 28 Trunk, bei 8 beide genannte Momente, bei 43 persönliche Excesse in potu, und bei 8 frühere, nicht

mehr definirbare, nervöse Zustände. In nicht hereditären Fällen ist die Verlaufsdauer ca. 29,8 Monate. Für acute, in 6—8 Monaten verlaufende Fälle ist gewöhnlich eine erworbene Neurose als ätiologisch einflussreich nachzuweisen. Hereditäre Belastung bringt die Paralyse in einem c. p. früheren Lebensalter zum Ausbruch. Geisteskrankheit und Trunk in der Ascendenz disponiren zu frühzeitiger Paralyse und erhöhen auch die Raschheit des Verlaufs, umsomehr wenn noch eine Neurose hinzu erworben wurde (Excesse). Oft findet sich Epilepsie unter den Vorfahren oder auch unter den Nachkommen von Paralytikern, aber ausserdem noch eine Menge anderer Neurosen und Psychosen, worüber Verf. eine interessante kleine Statistik gibt. Verf. glaubt, dass bei den hereditären Paralysefällen die Remissionen häufiger sind. — Nun folgt noch ein kurzer Excurs über die Beziehungen von Phthisis, Rheumatismus, Erysipelas etc. zu den Geistesstörungen, aber mehr nur anregend zu neuen Forschungen in dieser Richtung. Verf. tritt dem Ausspruch von *Savage* bei, dass „wo mehrere Familiendefecte zusammentreffen, die erbliche Gefahr für die Nachkommenschaft nicht arithmetisch, sondern geometrisch wächst.

***Campbell Clark*, Die Geschlechtsfunctionen, normal und pervers, in Beziehung zum Irresein. I. Menstruation: Beginn, Unregelmässigkeit, Cessation. II. Geschlechtstrieb und sein Missbrauch. III. Schwangerschaft, Geburt etc. — Journ. of ment. sc. Oct.**

Allgemeine Besprechung der in der Ueberschrift genannten Punkte, in Form eines Vortrags und als Einleitung resp. Grundlage einer Discussion. Zu bemerken ist, dass Verf. unter den klinischen Kennzeichen der Masturbationspsychosen „Gewaltthätigkeit, Aufregung, Fluchtversuche“ anführt. Die Puerperalpsychosen werden auf der Basis einer kleinen Statistik besprochen, ohne wesentlich Neues zu bieten. Specifische prämonitorische Zeichen soll es nicht geben; gesteigerte geistige und nervöse Erregbarkeit, speciell gegen Geräusche, könnte vielleicht als ein solches Symptom angeführt werden. Auch Fröste lassen den möglichen Eintritt einer puerperalen Störung befürchten. Eine Lactationspsychose s. str. will Verf. nur für die ersten 2—3 Monate nach der Niederkunft zulassen.

***Schmiegelow, E.*, Ueber Geistesstörung, Zwangsbewegungen und andere Reflexneurosen bedingt durch Krankheiten des Mittelohres. — Ugeskr. for Läger. R. 4. Bd. 15. Nordiskt Med. Arkiv. Bd. XIX. No. 20.**

Verf. beleuchtet in seiner Abhandlung, welchen weitgehenden Einfluss Leiden des Mittelohres auf fernliegende Nervenbahnen (theils sensitive, theils motorische) haben können. Er bespricht die verschiedenen experimentellen Versuche, welche die Bedeutung des Labyrinths für den Gleichgewichtszustand

des Organismus gezeigt haben und illustrirt dieses Verhalten klinisch durch Mittheilung einer Krankengeschichte. Ein 34jähriger Mann, der an chronischer Suppuration im rechten Mittelohre und zugleich an Schmerzen in der rechten Seite des Kopfes nebst einem eigenthümlichen und höchst unangenehmen drückenden Gefühle oben im Kopfe in Verbindung mit ganz unmotivirten Angstanfällen litt und einmal einen Anfall von Zwangsbewegungen hatte, indem er plötzlich auf einem Spaziergange automatisch 10—15 Schritte zur Seite stürzte, wurde vollständig hergestellt nach Heilung des Ohrenleidens.

In einem zweiten Falle entwickelte sich bei einem 55jährigen Manne, der an chronischer Mittelohreiterung mit grossen Polypenwucherungen litt, vollständige Geisteskrankheit mit Verfolgungswahn und Selbstmordgedanken. Nach Entfernung der Polypen schwand auch die Geisteskrankheit.

Peretti.

Ranney, Ambroso, Ueberanstrengung der Augen als Ursache von functionellen Nervenkrankheiten und deren augenärztliche Behandlung. — New-York med. Journ. Januar.

Bei den in Frage stehenden Fällen handelt es sich im wesentlichen um Epilepsie, Neurasthenie, Chorea. In allen diesen Fällen wurde durch passende augenärztliche Behandlung die Nervenerkrankung gehoben und somit auch der Beweis des vorausgesetzten Zusammenhangs erbracht.

S.

Ill, E., Acute Psychosen nach gynäkologischen Operationen. — Pittburgh med. Journ. Januar. Centralblatt für Gynäkologie.

J. beschreibt 3 Fälle, in welchen gynäkologische Operationen: 1 Ovariotomie wegen Fibrosarkom des Ovariums, 1 eben solche wegen multilokulären Kystoms, 1 wegen Urinfistel, zeitweise Geistesstörung folgte, welche meist unter dem Bilde der acuten Manie beginnend, dann einen melancholischen Charakter annahm und 2—3 Wochen anhielt. In den ersten beiden Fällen war vorher kein Zeichen von geistiger Störung ersichtlich gewesen, während in dem letzten allerdings wenigstens grosse nervöse Reizbarkeit und Schlaflosigkeit vorangegangen war. Da in allen 3 Fällen Jodoform, wenn auch angeblich in mässiger Menge, angewandt und erst nach dem Auftreten der Geistesstörung sorgfältig entfernt worden war, so bleibt immerhin trotz des Widerspruchs des Verf. die Möglichkeit bestehen, dass es sich um Jodoformwirkung gehandelt habe. Die im ersten der Fälle die geistige Störung einleitende Kurzathmigkeit, Trockenheit der Haut, Röthung des Gesichts scheint darauf hinzudeuten. Fieber bestand stets dabei, wenigstens in der ersten Zeit. Was die Zeit des Eintritts der Geistesstörung betrifft, so begann dieselbe zweimal schon am 2., einmal am 8. Tag. *S.*

Allgemeine Therapie.

Gnauck, R., Ueber das Verhalten von Neurosen nach gynäkologischen Operationen. — Deutsche med. Wochenschr. No. 36.

Ungefähr $^1/_3$ von nervös kranken Frauen zeigen Erkrankungen des Geschlechtsapparats. Bestimmte Indicationen auf die Form der Neurose sind nicht zu geben, und so lassen sich auch nicht bestimmte Neurosen bezeichnen, für welche eine gynäkologische Behandlung angezeigt ist. Verf. gruppirt vom Standpunkte des Neuropathologen die bezüglichen Fälle 1) in solche, wo man zur gynäkologischen Behandlung resp. Operation schreitet, um eine Neurose, oder eine Gruppe von nervösen Symptomen, oder ein einzelnes zu heilen; 2) wo man dies trotz der vorhandenen Neurose thut, da eine unabweisbare Indication vorliegt; wo die Beseitigung der localen Erkrankung möglicherweise fördernd auf die Heilung der Neurose wirkt, resp. wo das Bestehenbleiben der ersteren die Heilung der letzteren erschweren könnte. Sämmtliche drei Gruppen werden nun im Folgenden an der Hand eines kurzen casuistischen Corollariums durchgesprochen. Es ergeben sich bei der Lectüre manche beachtenswerthe practische Winke, die zur Vorsicht in der gynäkologischen Behandlung psychisch- oder nervös-Kranker mahnen, jedenfalls stets die genaueste Erwägung aller Momente zur Pflicht machen. Namentlich ist die Hyperästhesie der Geschlechtstheile in vielen Fällen sehr zu beachten, nicht minder die ev. Wirkung der Chloroformnarkose! Aber auch die Dauer der gynäkologischen Behandlung kann zur Schädlichkeit werden, insofern eine lange fortgesetzte Lokaltherapie bei nervösen Naturen nicht selten die vorhandene Neurose verschlimmert, unter Umständen sogar erst schafft.

Deventer, van, Psychische Behandlung Geisteskranker. — Psychiatrische Bladen VI. Heft 1.

Ohne sich unmittelbar gegen die auch in Holland grassirende Suggestionstherapie zu wenden, betont *D.* in seinem von reicher Erfahrung zeugenden Aufsatze, dass zur psychischen Behandlung Geisteskranker mehr gehört als Routine und verblüffendes Auftreten, nämlich vor allem genaue Berücksichtigung aller individuellen Verhältnisse des Kranken und vor allem seines somatischen Zustandes. Gegen das Aus- und Einreden bestimmter Vorstellungen wendet sich *D.* sehr entschieden, einen unmittelbaren Einfluss auf das Vorstellungsleben räth er dagegen in dem Stadium der Rathlosigkeit auszuüben, und betont, dass viele „unheilbare" Kranke durch den ärztlichen Einfluss zum dauernden Dissimuliren und Zurückdrängen abgeblasster Wahnideen gebracht und somit wieder zu nützlichen Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft gemacht werden können. *D.* erwähnt hierbei den Fall eines tüchtigen Notars, aus dessen Testament man erst erfuhr, dass er jahrelang an Wahnideen gelitten hatte. Als erste Be-

dingung einer erfolgreichen psychischen Behandlung betrachtet *D.* die unbeschränkte Verfügung des dirigirenden Arztes auch in allen Verwaltungsangelegenheiten und die gründliche Vorbildung des Wärterpersonals.

Kurella.

Kowalewski, P. J., Die Ernährung Geisteskranker. — Russ. Archiv. f. Psych. B. XI. H. 1.

Der Verfasser spricht zuerst über die Ernährung im Allgemeinen und weiter über die der Geisteskranken, welche namentlich in den russischen landständischen Irrenanstalten noch bis jetzt nicht zweckentsprechend sei. Er betont die Bedeutung der Ernährung auf das Entstehen und die Behandlung Geisteskranker, und endet mit einer Erklärung der künstlichen Ernährung und Zwangsfütterung. Besonderes, Neues wird in dem Aufsatze nicht gebracht. *A. v. Rothe.*

---

5. Pathologische Anatomie. Referent: Ripping-Düren.

Siemerling, E., Ein Fall von gummöser Erkrankung der Hirnbasis mit Betheiligung des Chiasma nervorum opticorum. — Archiv f. Psychiatrie. Bd. XIX. Heft 2.

Der Fall betraf eine Frau, welche die sicheren Anzeichen einer syphilitischen Infection bot und an Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel, epileptoiden Anfällen, Schielen auf dem linken Auge, Verschlechterung des Sehvermögens und Schwäche der linken unteren Extremität litt. Ausserdem wurde beobachtet: Sprach- und Schluckstörung, rechtsseitige Parese der Extremitäten, der Zunge und des unteren Facialisgebietes, Herabsetzung des Gehörs rechts, Verlust des Geruchs, doppelseitige Sehnervenatrophie, linksseitige Amaurose, rechtsseitige Ophthalmoplegia externa und linksseitige Lähmung des Oculomotorius in einzelnen Theilen.

Bei der Section fand sich ein Erweichungsherd im linken Corpus striatum, ein kleiner solcher an der entsprechenden rechten Seite, an der Basis des Gehirns eine von den weichen Häuten ausgehende gummöse Wucherung, welche in erster Linie die Optici, das Chiasma, die Tractus in Mitleidenschaft gezogen und die Olfactorii fast völlig zerstört hatte. Der linke Tractus war in seinem Verlaufe bis einschliesslich der Corpora geniculata und des Pulvinar in einen Tumor umgewandelt, welcher auf die Umgebung übergriff. Rechter Tractus, Chiasma und beide Optici waren zum Theil syphilitisch infiltrirt, zum Theil auf dem Wege zu atrophiren.

Im rechten Opticus, Tractus und in der rechten Hälfte des Chiasma liess sich ein zusammenhängender Nervenfaserzug feststellen. Der Raum zwischen den Hirnschenkeln war ausgefüllt mit einer frischen gummösen Wucherung, welche auf die Oculomotorii übergegangen war. Auch an der Stelle der austretenden Abducentes fanden sich leichte gummöse Ablagerungen. Im linken Corpus restiforme wurde ein vom Cerebellum ausgehender Tumor gefunden, welcher fast die ganze linke Hälfte der Medulla oblongata in der Höhe des unteren Hypoglossuskernes zerstört und infiltrirt hatte. Ausserdem wurde noch beobachtet Atrophie einzelner Augennerven und Augenmuskeln, sowie absteigende Degeneration der Pyramidenbahnen im Pons, in der Medulla oblongata und der Medulla spinalis.

Die grösseren Gefässe an der Hirnbasis zeigten eigenartige Veränderungen der Elastica, bestehend in enormen buckelförmigen Anschwellungen. Bei frisch erkrankten Gefässen, an denen sich nur eine ganz geringe Verdickung der Intima und eine Kerninfiltration der Adventitia nachweisen liess, fanden sich an mehreren Stellen frische Blutungen zwischen Elastica und Muscularis, weit in die letztere hineinreichend.

***Buchholz*, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Gliose der Hirnrinde. — Archiv f. Psych. Bd. 19, Heft 3.**

B. beschreibt ein ihm zur Untersuchung überlassenes Gehirn, das in seinen vorderen Partien eine deutliche Atrophie zeigte. Die Oberfläche der beiden Centralwindungen, der Lobuli paracentrales, der Gyri recti und cinguli, der drei Stirnwindungen, der obersten Temporal- und der Inselwindungen zeigte jedoch nicht die gewöhnliche glatte Beschaffenheit, sondern war von einer Unzahl grade noch sichtbarer bis stecknadelknopfgrosser Höckerchen von meist stumpfkegelförmiger Gestalt übersäet. Diese Höckerchen erwiesen sich auf dem Durchschnitte als solide Massen, nur in einem derselben fand sich in der Mitte ein winziger Hohlraum.

Schnittpräparate durch diese Stellen zeigten eine stark verbreiterte, wenig tingirbare erste Hirnrindenschicht, welche die weitgehendsten Veränderungen aufwies, indem an Stelle des normalen Gewebes ein bald mehr feines und weitmaschiges, bald mehr derbes und dichtes Fasernetz sich fand, zwischen welches in wechselnder Menge spinnenzellenartige Gebilde eingelagert waren. Neben diesen zeigten sich, namentlich in der Nähe von Gefässen reichliche leukocythenartige Rundzellen und Zellen mit relativ grossem Kern und Protoplasmaleib und breitbasigen protoplasmareichen Fortsätzen. Die Gefässe selbst zeigten eine starke Anfüllung mit rothen Blutkörperchen, Verdickung der Wandung und Vermehrung der Kerne in der letzteren, sowie eine starke Anfüllung der adventitiellen Scheiden mit Leukocythen. Nicht wenige Gefässe hatten ihr Lumen verloren und erschienen bald als ein homogenes schlauchartiges Gebilde, bald als ein Strang von zahlreichen parallel angeordneten Fasern. Auf dem Durchschnitt durch die Tubera zeigt die Grenzlinie zwischen erster und zweiter Hirnrindenschicht

eine vielfach gewundene Contur. In ihnen finden sich sehr wenig zellige Elemente, dagegen desto zahlreicher jene mehr faserartigen Gebilde und zwar bald dicht aneinander gedrängt in büschelförmiger Weise die Oberfläche überragend, bald in gleichmässiger paralleler Anordnung nach aussen ziehend.

Zacher, Th., Ueber drei Fälle von progressiver Paralyse mit Herderkrankungen in der inneren Kapsel. — Archiv f. Psychiatrie. Bd. XIX. Heft 3.

In dem einen Falle fand sich eine ziemlich ausgedehnte Zerstörung des vorderen Schenkels der inneren Kapsel, ohne dass im Pedunculus irgend welche Erscheinungen von secundärer Degeneration sich zeigten.

Im zweiten Falle fand sich ein Erweichungsherd, der einen Theil des rechten Schwanzkernes und der vorderen Hälfte des Linsenkernes, sowie die innere Kapsel, und zwar diese ganz besonders in der Gegend des Kapselknies, zerstört hatte; in diesem Falle zeigte sich eine ausgesprochene secundäre Degeneration im medialen Abschnitte des Pedunculus.

Im dritten Falle handelte es sich um einen apoplectischen Herd in der hinteren Hälfte der inneren Kapsel; derselbe lag zum grössten Theile in dem hinteren Ende des Linsenkernes und ragte nach innen in die innere Kapsel hinein, ausserdem sandte er an seinem vorderen inneren Ende einen schmalen Ausläufer durch die innere Kapsel bis zum Schwanze des Nucleus caudatus. In diesem Falle fand sich eine secundäre Degeneration des, von aussen gerechnet, zweiten Viertels des Pedunculus.

Dees, Otto, Zur Anatomie und Physiologie des Nervus vagus. — Archiv f. Psychiatrie. Bd. XX. Heft 1.

D. operirte neugeborene Kaninchen, indem er den freigelegten N. vagus in der Mitte des Halses durchschnitt und das periphere Stück des Nerven ausriss. Nach Tödtung derselben in der 5. Woche zeigte sich an den mikroskopischen Schnittpräparate des Centralnervensystems, dass auf der operirten Seite fehlten 1) sämmtliche Ganglienzellen des dorsalen Vago-Glossopharyngeuskernes, 2) sämmtliche Ganglienzellen des ventralen Vago-Glossopharyngeuskernes und dass 3) verringert war die Fasermasse des solitären Bündels.

Die Schlüsse, welche *D.* aus diesen Befunden zieht, sind:

I. Bezüglich des dorsalen Vago-Glossopharyngeuskernes:

1) Die Axencylinder sämmtlicher Zellen der unter dem Namen dorsaler Vago-Glossopharyngeuskern bekannten im dorsalen Gebiete der Medulla oblongata gelegenen grauen Masse werden zu Nervenfasern des gleichseitigen Vagus.

2) Die Nervenfaserfortsätze sämmtlicher Zellen desselben ziehen im N. vagus vereinigt in die Brusthöhle.

3) Die Geschmacksnervenfasern entspringen nicht aus der den Glossopharyngeuswurzeln zugehörigen Abtheilung derselben.

4) Die aus demselben entspringenden Nervenfasern sind überhaupt keine sensiblen.

5) Auch der N. intermedius Wrisbergi entspringt nicht aus demselben.

II. Bezüglich des ventralen Vago-Glossopharyngeuskernes: Derselbe ist das nächste Centrum für die Innervation der Kehlkopfmusculatur.

III. Bezüglich der Fasermasse des solitären Bündels: Dasselbe ist als aufsteigende sensible Wurzel des N. vagus und N. glossopharyngeus zu betrachten.

Ausserdem ergab die Untersuchung noch, dass aus Zellen des Funiculus teres keine Vagusfasern entspringen und dass durch Vermittelung der Raphe keine Fasern in die Vaguswurzeln übergehen.

***Jensen, Jul.*, Untersuchungen über 453 nach *Meynert*'s Methode getheilten und gewogenen Gehirnen von geisteskranken Ostpreussen. — Archiv f. Psych. XX. 170.**

Der Inhalt lässt sich im Auszuge nicht mittheilen und ist deshalb im Originale nachzusehen.

***Greppin, L.*, Beitrag zur *Golgi*'schen Färbungsmethode der nervösen Centralorgane. — Archiv f. Psych. Bd. XX. pag. 222.**

So werthvoll nach des Verfassers Erfahrung diese Methode auch für die Untersuchung der nervösen Centralorgane ist, so erscheint ihm dieselbe wegen ihrer grossen Abhängigkeit von äusseren Umständen (wie abgelaufene Zeit nach der Section, Grad der Härtung u. s. w.) doch noch nicht zur Untersuchung der pathologischen Verhältnisse dieser Gebilde geeignet.

Mit Sicherheit hat er darzustellen vermocht:

1) Ganglienzellen der Hirnrinde (I. und II. Kategorie *Golgi*'s).

2) *Purkinje*'sche Zellen des Kleinhirns.

3) Ganglienzellen II. Kategorie in der Molekular- und in der Körnerschicht des Kleinhirns, damit verbunden das Nervenfasernetz.

4) Die Axencylinder der zonalen und der kleinzelligen Schicht der Grosshirnrinde.

5) Ganglienzellen II. Kategorie im Corpus striatum.

6) Zahlreiche Neurogliazellen mit ihren innigen Beziehungen zum Gefässapparat.

7) Gute Bilder von der Neuroglia und von den Gefässen in Schnitten durch die Medulla oblongata und durch das Rückenmark.

Wernicke, C., Herderkrankung des unteren Scheitelläppchens. — Archiv f. Psych. Bd. XX. pag. 243.

Bei einem Patienten mit Herdsymptomen fanden sich bei der Section ausser zerstreuten kleinen Hirnrindenläsionen linkerseits, ein älterer Herd mit in Verkalkung begriffenem Sequester im Pons und ein frischerer Erweichungsherd im Mark des unteren Scheitelläppchens, sowie ein in einen röthlichen Brei verwandelter, vom Fuss der Insel senkrecht in die Höhe bis zum unteren Scheitelläppchen sich erstreckender Erweichungsherd.

Der Umstand, dass bei dem Patienten conjugirte Augenablenkung nach rechts in Verbindung mit Hemianästhesie beobachtet wurde, bestimmte den Verfasser bei der Diagnose den Sitz des Herdes im unteren Scheitelläppchen zu suchen.

Tigges, Das Gewicht des Gehirns und seiner Theile bei Geisteskranken. — Diese Zeitschr. Bd. 45, pag. 97.

Jensen, Jul., Ueber einen Fall von 3 Hirndefecten im Scheitel- und Stirnlappen der linken Hemisphäre eines Blödsinnigen ohne nachweisbare Störungen der motor. und sensor. Functionen während des Lebens. — Diese Zeitschr. Bd. 45, pag. 224.

Sioli, Ueber die Fasersysteme im Fuss des Grosshirnschenkels und Degeneration derselben. — Breslauer ärztliche Zeitschr. No. 15.

Bei einem allmälig unter apoplectiformen Erscheinungen erkrankten Manne, bei welchem bei ungestörter Sprache und Sensibilität zuletzt völlige Blindheit und Taubheit, sowie völlige linksseitige Lähmung sich einstellte, zeigten sich folgende anatomische Veränderungen:

Beiderseitige hämorrhagische Pachymeningitis und umfangreiche die Centralwindungen, Insel und Umgebung der Fossae Sylvii der rechten Grosshirnhemisphäre umfassende bis in's Marklager der Hemisphäre gehende Erweichung, sowie Degeneration der gesammten in den Stamm gehenden Einstrahlungen des Stirn- und Scheitellappens. Am Stamme erschien der rechte Sehhügel kaum halb so gross wie der linke, geschrumpft und höckerig, der Streifenhügel dagegen wenig atrophirt. Am Rückenmark waren die linke P. S. und rechte P. V. völlig atrophisch, die Goll'schen Hinterstränge leicht degenerirt. Die Brücke zeigte eine Degeneration der ganzen rechten Pyramidenbahn. Der erste Hirnschenkel erschien bei seinem Austritt aus der Brücke völlig geschrumpft, der mittlere völlig atrophisch, ohne Spuren einer Nervenfaser; im medialen Theile war ein kleines Bündel, im lateralen ein grösseres theilweise erhalten, doch so, dass die Fasern viel dünner als normal waren und weit von einander standen.

Die weiteren Details der Untersuchung sind im Originale nachzusehen.

***Baroncini*, R. M. D., Ueber Ependymgranulationen. — The Alienist and Neurologist. October.**

B. fasst seine Beobachtung in folgende Sätze zusammen:

1) Die Ependymgranulationen werden häufig bei progressiver Paralyse beobachtet, aber sie sind derselben nicht eigenthümlich, denn sie kommen auch bei anderen Psychosen vor und finden sich nicht in allen Fällen von Paralyse.

2) Sie kommen nicht blos in langsam verlaufenden Fällen von Paralyse vor, sondern auch in solchen von kurzer Dauer.

3) Sie sind am häufigsten in der Form von Rauhigkeit des Ependyms.

4) Sie finden sich in gleicher Häufigkeit in allen Ventrikeln, sind aber am höchsten und am meisten confluirend im vierten Ventrikel.

5) Sie sind vergesellschaftet mit Entzündung der Meningen und Circulationsstörungen im Gehirn.

***Morselli*, Beziehungen zwischen kraniometrischen Charakteren und dem Hirngewicht bei Geisteskranken. — Rivista sperimentl. di Freniatria. XIII. 4.**

M. hat diese Verhältnisse an 77 männlichen und 59 weiblichen Geisteskranken untersucht; die Ermittelungen erstrecken sich auf den Einfluss der Masse der Hirnhäute, des Blut- und Cerebral-Liquorgehalts der Schädelhöhle, ferner der Schädelcapacität, des Schädelindex, des Lebensalters und der Krankheitsform auf das Hirngewicht.

Er fand für Hirnhüllen und „cerebrale Flüssigkeiten" bei Geisteskranken ein höheres Gewicht, und zwar proportional dem Lebensalter steigend; die absolute und relative Menge dieser Substanzen ist bei der Paralyse, secundären und senilen Schwächezuständen erheblich grösser als bei den acuten Psychosen, den Psychoneurosen und den einfachen Degenerationszuständen.

Das mittlere Hirngewicht fand *M.* bei Irren immer unter dem der normalen, den „ponderalen cranio-cerebralen Index" (Hirngewicht: Schädelcapacität) gleichfalls bei Irren kleiner. Unter den verschiedenen Formen hatten Melancholie und Epilepsie die höchsten Ziffern für Schädelcapacität und Hirngewicht, die Inferiorität der Paralytiker und Dementen in dieser Beziehung hängt von der Dauer der Krankheit ab. *Kurella.*

***Guicciardi* und *Petrazzani*, Ueber wärmeregulirende Centren im Corpus striatum. — Rivista sperim. di freniatria. XIII. 4.**

Die beiden Autoren beobachteten in einem zum Tode führenden hemiplegischen Anfall bei einer senil dementen Frau neben diffusen Erythemen 10 Tage lang nach der Attacke eine um 1,5—2,0° erhöhte Hauttemperatur der befallenen rechten Seite. Die Section ergab einen linsengrossen hämorrhagischen Heerd im linken Schweifkern, 1½ mm me-

dianwärts von der inneren Capsel, sonst keine Heerderkrankung. Zwei ähnliche Fälle, einmal mit einer kleinen Hämorrhagie, im zweiten mit einen Echinococcus im Nucl. caudatus, geben *Nothnagel* und *Bogojawlensky*. *G.* und *P.* lassen die Frage offen, ob es sich in ihrem Fall einfach um eine, durch vasomotorische, bei jeder Hemiplegie auftretende, Einflüsse bedingte, erhöhte Wärmeabgabe der betroffenen Seite gehandelt hat, oder um eine Läsion der von *Lawadowsky* experimentell nachgewiesenen thermoproductiven resp. thermo-inhibitiven Centren des Linsenkerns.

Kurella.

Cionini, Die Dicke der Rindensubstanz im Gehirn der Paralytiker. — Rivista sperimentale. XIII. 4.

C. hat mit grosser Sorgfalt Dickenbestimmungen der einzelnen Hirnwindungen an Schnittserien bei 15 Paralytikern gemacht; an jedem Gehirn wurden 150 genaue Messungen vorgenommen. Zur Messung diente ein graduirter sehr exacter Zirkel, dessen Nonius $^1/_{20}$ mm ablesen liess. Im allgemeinen lassen die so gewonnenen Zahlen einen erheblichen Schwund der ganzen Rinde constatiren, beim Vergleich mit den von *Conti* an Gehirnen Nicht-Geisteskranker ermittelten Zahlen; während bei letzteren die Mehrzahl der Werthe 2,2—2,5 mm betragen, kommen bei *Cionini* am häufigsten Breiten von 1,0—1,2 mm vor. Die grössten Zahlen fanden sich stets für die hintere Fläche der ersten Centralwindung, die kleinsten für die Regio rolandica und demnächst für die aufsteigende Parietalwindung; die Centralwindungen waren an den vorderen Flächen mehr atrophirt, als an den hinteren; von der Gegend der F. Rolandi abgesehen, nahm die Dicke der Rinde von vorn nach hinten stätig ab, die beiden Hemisphären zeigten, wie auch im Gewicht und in der Furchen-Entwicklung, eine Differenz zu Gunsten der Linken. *Kurella.*

Frylinck, Ein Fall von Porencephalie. — Psychiatr. Bladen VI. 1.

Die Mittheilung betrifft einen 17jährigen blinden, fast sprachlosen Idioten, der im sechsten Lebensmonat an einer nicht näher bestimmbaren Hirnkrankheit und darauf ein halbes Jahr lang an Krämpfen gelitten hat. Die oberen Extremitäten sind mässig, die untern stark athrophisch und in allen Gelenken contracturirt. — Es bestehen Athetose-ähnliche Drehungen des Kopfes. Tod an Phthise mit 18 Jahren. Die Section ergab einen ungefähr symmetrischen Defect der Hirnconvexität dessen Boden Bindegewebestränge bilden. Von den Centralwindungen ist beiderseits die Hauptmasse verschwunden. Die paracentralen Windungen sind fast, die Parietal-Windungen beiderseits ganz verschwunden. Rechts bestehen noch die zweite und dritte Hinterhauptswindungen als schmale Wülste, links fehlen sie gleichfalls ganz. Ebenso wie der Cuneus. Die so gebildete Höhle ist von den Seitenventrikeln durch weisse Substanz total getrennt. Die Grosshirnhemisphären lassen das Kleinhirn unbedeckt. Hirngewicht 960 g.

Unter Berufung auf *Kundrat*, der die Porencephalie sich durch anämische Nekrose entstanden denkt, nimmt *F.* an, dass die im ersten Lebensjahr überstandene Krankheit (vermuthlich Eclampsie) durch die langanhaltenden Convulsionen lang dauernde Stauung in der Abfuhr des venösen Bluts und damit Gewebsnekrose herbeiführte. Der Schädel des Kranken zeigte entsprechend der Stelle des Defects eine erhebliche Abplattung.

Kurella.

Nansen, Die Elementarbestandtheile des Centralnervensystems. — Nordiskt medicinskt Arkiv. 1887. No. 24.

Die Untersuchungen *Nansens* sind für die Hirnphysiologie von der grössten Bedeutung und ihr an sich überraschendes Resultat ist noch besonders dadurch bemerkenswerth, dass es die Theorie von *Golgi* über den Zusammenhang zwischen Ganglienzelle und Achsencylinder an einem ganz andern Material und mit ganz anderen Methoden bestätigt. *N.* hat einzelne Theile dieser Arbeit früher ausführlicher in schwer zugänglichen skandinavischen Zeitschriften veröffentlicht und zwar vor der Publication der grundlegenden Arbeit *Golgis*. Als Objecte dienten *Nansen* hauptsächlich höhere wirbellose Thiere, besonders Hummern, daneben einige Fische aus der Ordnung der Cyclostomen. Auf Grund dieser Untersuchungen nimmt *N.* an, dass die protoplasmatischen Ausläufer der Ganglienzelle nur zu Bindegewebszellen und Blutgefässen, nie jedoch zu einer andern Ganglienzelle treten. Er nimmt in diesen Fortsätzen lebhafte Ernährungsstörungen an. Die Ganglienzelle besitzt nur einen nervösen Fortsatz. Dieser Fortsatz verläuft bei den Zellen von motorischer Function fast ungetheilt zu seiner Endstation und gibt nur einzelne wenige, äusserst feine Zweige ab, die an andre feine Zweige ähnlicher Entstehung treten. Der nervöse Fortsatz sensibler Ganglienzellen verliert sehr bald seine Individualität und zerfällt in ein reich verzweigtes, äusserst feines Netzwerk von Fibrillen. Die von *N.* untersuchten Species haben fast alle einen nackten Achsencylinder und diesen sah er überall aus äusserst feinen Röhren mit flüssigem Inhalt und horniger Scheide zusammengesetzt. Die Ganglienzelle selbst besteht nach dieser Anschauung zum grossen Theil aus solchen Röhren, die ihre eigentliche Zellsubstanz in ähnlicher Weise umgeben wie die Drahtwindungen einer secundären Spirale ihren Kern. In sehr geistreicher Begründung, die zum Theil an die Untersuchungen von *Leydig* über die Structur der Primitivfibrillen des Centralnervensystems anknüpfen, sucht *N.* zu beweisen, dass die Ganglienzelle nur das trophische Centrum des Achsencylinders ist, und in der Ausführung dieser Idee geht er so weit, anzunehmen, dass lebhafte Strömungen durch die Zellensubstanz zwischen dem Blute und dem Inhalt der Primitivröhren stattfinden.

Als die eigentliche Grundlage der specifischen Function des Nervensystems betrachtet nun *N.* weder die Ganglienzellen, noch irgend eine

feste fibrilläre Substanz, sondern die halbflüssige Masse, welche er, in Ueberstimmung mit *Leydig*, als Hyaloplasma bezeichnet und als Inhalt der Primitivröhren des Axencylinders nachzuweisen sucht. Nach *N.* nämlich zeigt sich bei niederen wie bei Wirbelthieren der Axencylinder sowohl im Längs- wie im Querschnitt zusammengesetzt aus feinen Röhren mit zarter Wand — Spongioplasma — und halbflüssigem Inhalt-Hyaloplasma. Diese Röhren verlassen von Zeit zu Zeit den gemeinsamen Stamm, und bilden in Verbindung mit Röhren andrer Axencylinder das fibrilläre Gewebe der grauen Substanz; in dies Gewebe verlegt *N.* den Reflexbogen und alle höheren, dem psychischen Leben zur Grundlage dienenden Functionen, durch welche Nervenfaserzüge verschiedener peripherer Leistung mit einander verknüpft werden. *Kurella.*

6. Specielle Pathologie und Therapie.

Referent: Pelman-Bonn.

Mickle, Julius, Ueber Irresein im Verhältniss zu Erkrankungen des Herzens und der Aorta, sowie zur Phthisis. — Br. med. journ. März.

In der Einleitung geht *M.* auf die Circulationsverhältnisse des Gehirns näher ein und unterzieht die verschiedenen Ansichten, die hierüber bis auf den heutigen Tag bestehen, einer Besprechung. Er selber zweifelt nicht, dass die Blutmenge des Gehirns grossen Schwankungen unterliegen könne und auch der Beschaffenheit nach sehr verschieden sei. Ferner sei die Höhe des Druckes, worunter sie steht, sowie die Art der Vertheilung innerhalb des Gehirns nicht immer dieselbe. An einer pathologischen Hyperämie und Anämie des Gehirns könne man den überzeugenden Thatsachen gegenüber aus theoretischen Gründen nicht zweifeln. Wenn aber der Einfluss des Herzens auf die Blutcirculation des Gehirns und hiermit auf dessen normale und krankhafte Thätigkeit nicht bestritten werden könne, so sei doch der bestimmte Antheil des Herzens oft nur schwer auszuscheiden, da dieselbe Ursache auch die Lungen und das gesammte periphere Nervensystem in Mitleidenschaft ziehe, die alsdann ihrerseits wieder auf das Gehirn einwirkten. Auf diese Weise liessen sich die vielfach widersprechenden und ungenauen Angaben über den Einfluss der Herzkrankheiten auf das Gehirn erklären. So habe man kurzweg angenommen, das Hypertrophie der Herzen mit Exaltation, Dilatation mit Depression verbunden sei, die Klappenfehler der Aorta gingen mit Manie, die der Mitralis dagegen mit Melancholie einher und dergl. mehr. Den

Thatsachen trügen diese Angaben wenig Rechnung und um zu einer grösseren Klarheit hierin zu kommen, will *M.* die Verhältnisse an der Hand seiner eigenen Beobachtungen einer eingehenden Untersuchung unterziehen. Diesen Untersuchungen legt er ein Material von 165 Herzkranken und 106 Fällen von Phthisis zu Grunde und zwar zerfallen die 165 Herzkranke in 107 Fälle von Erkrankung des Herzens und 48 der Aorta.

Dass statistische Untersuchungen hier von besonderem Werthe sind, soll nicht bestritten werden, wohl aber scheint es fraglich ob sie sich besonders zur Erörterung in kurzen Vorträgen eignen. Auch scheinen die Ergebnisse, zu denen *M.* an der Hand seiner Beobachtungen gelangt ist, kaum der Art zu sein, um mehr als einen Beitrag zu der Frage von dem Zusammenhange von Herz- und Geisteskrankheiten zu liefern.

M. behandelt zuerst die Fehler der Mitralis und zwar verbindet sich die Insufficienz vorzugsweise mit melancholischen Vorstellungen und Befürchtungen, sowie mit entsprechenden Sinnestäuschungen und unbestimmten Verfolgungsideen. Die Stenose verbindet sich mit Verfolgungswahn und Hallucinationen, dazwischen treten zeitweise exaltirte Ideen und zwar mit Vorliebe religiösen Inhalts auf. Nebenbei besteht grosse Gereiztheit, Unzufriedenheit, Neigung zum Queruliren. Wenn man beide Zustände, Insufficienz und Stenose mit einander vergleicht, so neigt die erstere mehr zur Melancholie, die letztere zu Verfolgungs- und Querulantenwahn, zu Beeinträchtigungsideen u. dergl. — Bei den Klappenfehlern der Aorta überwiegt bei der Stenose der Verfolgungswahn, Beeinträchtigungsideen; verschiedene schmerzhafte Empfindungen werden als Benachtheiligung ausgelegt und geben Anlass zu Ausbrüchen von Heftigkeit und grosser Erregung. Auch beobachtet man Vergiftungswahn. Bei Insufficienz findet sich vorwiegend Angst, Wahn der Verfolgung und Verschwörung, auch hier kommen häufig Anfälle von Heftigkeit zur Beobachtung. Wo Klappenfehler der Mitralis und Aorta gleichzeitig vorliegen, beobachtet man schwerere organische Erkrankungen des Gehirns. Hypertrophie und Dilatation haben melancholische Depression im Gefolge, verdrossenes Wesen, im Anfang hin und wieder Erregung, im späteren Verlauf allgemeinen Verfall der geistigen Thätigkeit, Vergesslichkeit u. dergl. Die Erregung besteht namentlich da, wo die Hypertropie überwiegt, im Allgemeinen aber wird die herabgesetzte Blutzufuhr überall eine reizbare Schwäche des Gehirns hervorrufen und zwar dies um so mehr und nachhaltiger, je grösser der Herzfehler ist. Umgekehrt beobachtet man in Folge von chronischer und häufig wiederholter Manie Hypertrophie des rechten Herzens. — Bei Verfettung des Herzens findet sich Verfolgungswahn und Blödsinn. — Bei Erkrankungen der Aorta ebenfalls Verfolgungswahn, daneben der Wahn elektrisirt und gequält zu werden. Im Uebrigen wiegen die organischen Gehirnerkrankungen als Folge der Atherose oder der Syphilis vor.

Im Grossen und Ganzen kann man diese verschiedenen Ergebnisse wohl in den einen Satz zusammenfassen: dass jedes grössere Herzleiden,

falls es überhaupt Symptome macht, eine mangelhafte Ernährung des Gehirns zur Folge hat und hiermit die entsprechenden Zustände: Gemüthsdepression, Wahnvorstellungen, Reizbarkeit und endlich geistige Schwäche.

Bei den Beziehungen zwischen Phthisis und Geistesstörung sind drei Punkte zu unterscheiden und zwar

1. die Phthise wirkt als Ursache der späteren Geistesstörung;
2. Phthisis und Geistesstörung treten gleichzeitig auf;
3. die Phthisis kommt zur Geistesstörung hinzu.

Im ersten Falle beobachtete *M.* a) active Erregung mit Delirien und Hallucinationen, b) Melancholie mit Neigung zum Selbstmord, Hallucinationen und bisweilen auch Stupor, c) Manie mit dem Wahn der Verfolgung und Beeinflussung, d) Verrückheit mit hypochondrischen und exaltirten Wahnvorstellungen, Querulantenwahn, e) Schwachsinn.

Wenn Phthisis und Geistesstörung gleichzeitig auftraten, fand sich eine depressive Gemüthsstimmung, entweder als Melancholie mit Angst und dem Wahne der Verschuldung oder als Aerger über Missbrauch und Beeinflussung, mit Selbstmordneigung und zuweilen auch als Melancholia attonita. Wahnideen der Beeinträchtigung, Verfolgung und Vergiftung wechseln mit mehr exaltirten Vorstellungen. Ueberall wiegen Hallucinationen vor.

Die Phthisis kann sich schliesslich zu jeder Form von Geitesstörung gesellen, sie wird dies aber vorzugsweise da thun, wo die Reinlichkeit vernachlässigt und die Nahrung verweigert wird, wo die Depression vorwiegt, der Kranke andauernd zu Bett liegt, sich keine Bewegung macht und sich überhaupt solchen Schädlichkeiten aussetzt, die auch sonst zur Phthisis führen.

Hin und wieder werden die Kranken durch die Phthisis ruhiger, häufig dagegen verweigern sie in Folge der neuen Erkrankung die Nahrung, da sie verunreinigt sei; sie leiden an Hallucinationen des Geruchs und Geschmacks, halten sich für vergiftet und von andern gequält. —

Straham, Genesung von chronischer Geistesstörung. — J. of m. sc. Juli.

Verf. hält es von Interesse 4 Fälle seiner Beobachtung mitzutheilen, wo nach jahrelanger Krankheit noch Genesung eintrat. Er fügt zu diesen 4 eigenen Fällen noch 2 weitere von Dr. *Francis* hinzu (J. of m. sc. 1887, Jan.) und macht darauf aufmerksam, dass einerseits das Klimacterium, anderseits die Versetzung in eine andere Anstalt von Einfluss auf die Besserung gegewesen sein können. Aus den Fällen selbst lässt sich dieser Schluss kaum ziehen, obwohl der angeführte Einfluss sicher nicht gering anzuschlagen ist und namentlich das Mittel einer Versetzung häufiger angewendet zu werden verdiente. (Ref. erinnert sich eines Falles, wo ein Kranker in Siegburg nach jahrelanger Behandlung und nachdem sich eine Einreibung von Tart. stib. auf den Schädel fruchtlos erwiesen hatte, der

Pflegeanstalt überwiesen wurde. Dort genas er ziemlich rasch und wie er dem Ref. mittheilte lediglich durch den Eindruck, den die unheilbaren Kranken auf ihn machten. Er habe sich sofort beim Eintritt gesagt, wenn du dich jetzt nicht herauszuziehen suchst, so bist du verloren und es gelang ihm in der That sich aus seinem Stupor herauszureissen.)

Tate, Ein merkwürdiger Fall von Selbstmord. — J. of m. sc. Juli.

Frl. H. litt an Melancholie mit Selbstmordneigung. Beim Putzen der Zähne stiess sie sich die Zahnbürste mit Gewalt in den Rachen. Obwohl dieselbe sofort entfernt wurde, entwickelte sich eine ziemlich heftige Entzündung des Rachens mit hohem Fieber, Schlingbeschwerden und dergl. Während der Behandlung gestand die Kranke, dass sie sich eine Haarnadel, nachdem sie dieselbe gerade gebogen, nächtlicher Weile durch den Nabel in den Bauch gestossen habe. Eine sofort angestellte Untersuchung ergab keine Bestätigung dieser Angabe und erst am neunten Tage nach der That entwickelte sich eine Unterleibsentzündung, die am zwölften Tage zum Tode führte. Bei der Section fand sich die Nadel von 14 cm Länge in den Eingeweiden.

Spitzka, Ueber masturbatorisches Irresein. Schluss. — J. of m. sc. Juli.

In diesem Schlussaufsatze entwirft *S.* ein Bild des masturbatorischen Irreseins. 1. Entwickelung. Der Beginn ist meist ausgezeichnet durch raschen Wechsel der Symptome und jähem Uebergang von heftigen Ausbrüchen zu blödem Hinbrüten. Je mehr dem Laster gefröhnt wird, um so rascher ist der Verfall und da die Onanie vorzugsweise des Nachts und im Bette ausgeübt wird, so ist der Morgen am schlimmsten, während sich der Kranke im Lauf des Tages erholt. 2. Das Alter ist meist zwischen 13 und 20 Jahre. Das Geschlecht: der Häufigkeit des Lasters entsprechend etwa 5mal häufiger bei den Männern. 3. Die Erblichkeit spielt eine grosse Rolle, und wenn die Onanie allein als Ursache gelten soll, muss sie sehr früh begonnen haben und in starkem Maasse ausgeübt worden sein. Die Lectüre der bekannten Schandbücher kann höchstens die krankhafte Furcht und Neigung zur Hypochondrie vermehren oder Veranlassung zu Selbstmord abgeben. Letzteres ist weit mehr vor der Heirath der Fall und man sollte sich daher wohl überlegen, ob man in solchen Fällen die Ehe als ein Heilmittel anpreisen soll. 4. Symptome: körperlich und geistig trägt der Zustand den Charakter der Schwäche. Oft leidet der Magen, die Haut ist feucht und kalt. Vorwiegend kommt es zu agitirtem Blödsinn und wenn es jemals zu Erregungen kommt, so gehen dieselben rasch vorüber und sind ohne Energie. Allmälig sinken die Kranken immer tiefer herab, sie werden schmutzig und erregen durch ihr verlogenes Wesen, ihre Feigheit und Erbärmlichkeit den Widerwillen der Umgebung. 5. Die Prognose: ist schlecht, am besten noch bei raschem Ausbruch in Manie oder

Stupor. Bedingung der Heilung ist Enthaltsamkeit vom Laster und diese ist selten. Nach dem 20. Jahre ist Wiederherstellung noch seltener wie vorher. 6. Die differentielle Diagnose hat ihre Schwierigkeiten. Nicht jede Geistesstörung mit oder nach Onanie ist deshalb onanistisches Irresein. Namentlich kann es in Fällen, wo keine Onanie wohl aber Verbildungen der Geschlechtstheile vorliegen, zu ganz ähnlichen Formen kommen. Dagegen üben sexuelle Excesse, auch wenn sie in frühester Jugend stattfinden, nicht den gleichen nachtheiligen Eindruck aus wie die Onanie. Die Grenzen des normalen geschlechtlichen Verkehrs sind enger gezogen und der moralische Effect ist ein ganz anderer und dementsprechend äussern sich die Folgen auch in ganz anderer Weise.

***Turner*, Ein Fall von postfebrilem Stupor oder acutem Blödsinn. — J. of m. sc. Oct.**

Der 16 Jahre alte Knabe stammt von Eltern, die sich in der Irrenanstalt kennen gelernt und nach ihrer Entlassung geheirathet haben. Die 10 Kinder sind sammt und sonders krank oder doch nicht weit davon. Der Knabe erkrankt an Typhus und zwar sofort in der Form des Stupors. Er ist sehr elend, die Lippen trocken, die Zunge belegt, das Gesicht geröthet, die Glieder kalt und blau. Der Kranke bewegt sich nicht, isst nicht und muss mit der Sonde gefüttert werden. Trotzdem geht er nach 5 Wochen zu Grunde. Die Section ergab Verklebung der Pia mater mit der Rinde im Bereich des linken Stirnhirns und der linken vorderen Centralwindung, Verdickung der Wandungen an einzelnen kleinen Gefässen der Rinde und Granulationen auf den Corpor. quadrig. Im Gewebe der letzteren zahlreiche Spinnenzellen.

***Luzenberger, von*, Das acute hallucinatorische Delirium. — Il Manicomio VI. 1.**

Die sehr klare und übersichtliche Arbeit ist die verständlichste Darstellung, welche *Meynert's* Lehre von der hallucinatorischen Verwirrtheit bis jetzt erfahren hat. Neues bringt dieselbe — bis auf 5 kurz mitgetheilte Fälle eigener Beobachtung — für deutsche Leser nicht; *L.* betont besonders das im Initialstadium häufige, mysteriöse Gefühl, „als wäre die Welt verändert". *Kurella.*

***Muchin, N. J.*, Neurasthenie und Degeneration. — Russ. Arch. f. Psych. B. XII. N. 1.**

Verfasser beschreibt zwei Fälle von Zweifelsucht, welche er in der Klinik des Prof. *Kowalewski* beobachtet; beide Fälle waren zugleich mit dem sogenannten Délire du toucher vorhanden. *Muchin* kommt zu dem Schlusse, dass die Neurasthenie diejenige Grundlage ist, auf welcher sich am üppigsten die psychischen Degenerationen entwickeln und aus welchen

in weiterer Folge die Zwangshandlungen und die primäre Verrücktheit entstehen. *A. v. Rothe.*

***Dawidoff, Ja. A.*, Paranoia (primäre Verrücktheit) und Stupor. — Russ. Archiv. f. Psych. B. XI. H. 1.**

Verfasser hat in der psych. Klinik des Prof. *Kowalewski* zwei derartige Fälle beobachtet, von denen er einen ausführlich beschreibt. Beide Fälle betrafen junge, intelligente Leute mit hereditärer degenerativer Veranlagung, welche sich geistig überangestrengt und moralische Unannehmlichkeiten durchgemacht hatten. Die Haupterscheinungen waren Grössenwahn gemischt mit Verfolgungswahn, Hallucinationen des Gehörs und Geruchs. Zu diesem Zustande gesellten sich von Zeit zu Zeit voll ausgebildete Erscheinungen des Stupors oder von Aphasie, welche 35 Stunden und auch länger andauerten. Als Hauptursache betrachtet Verfasser die degenerative Veranlagung. *A. v. Rothe.*

***Chys, van der*, Selbstmord durch Holzwolle. — Psychiatr. Bladen VI. 1.**

In der Anstalt von Züttwen wurde ein äusserst tobsüchtiger Kranker, der übrigens ein durchaus nicht selbstmordverdächtiger Maniacus war, für die Nacht unbekleidet in die erwärmte Polsterzelle gesteckt, auf deren Boden eine dicke Schicht Holzwolle lag. Erst nach 5 Uhr Morgens wurde der Kranke still, kurz darauf fand man ihn todt am Boden der Zelle, den Hals dreimal fest umschlungen mit einem aus ineinandergedrehter Holzwolle verfertigtem Strange, dessen Enden nicht verknüpft oder zusammengemacht, sondern nur lose zwischen Hals und erste Umschnürung eingesteckt waren. Der Leichenbefund ergab Compression des Kehlkopfs als Todesursache. *Kurella.*

***Tilkowski*, Zur Casuistik der Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Geisteskranken. — Wien. med. Presse. No. 35 u. 36.**

Es handelt sich um einen 62 Jahre alten Schriftsteller, der an prononcirtem Verfolgungswahn litt und an den verschiedensten Gefühlsanomalien. Der Kranke war ungemein reizbar und schwer zu behandeln, voll Misstrauen und Hass gegen seine Umgebung. Anfangs Juni 1886 erkrankte er an einem Gastroduodenalkatarrh, der ihm allgemeines Unbehagen, Erbrechen und Magenschmerzen verursachte. Am Morgen des 17. Juni, einige Tage nach dem tragischen Ende des Königs von Bayern, wurde er mit folgenden Verletzungen aufgefunden: 1) eine horizontale Schnittwunde am Bauche, drei Querfinger über der Symphyse, mit etwas zackigen Rändern, 11 cm lang den ganzen Panniculus durchtrennend und bis auf die Musculatur dringend; 2) eine Schnittwunde am Halse, welche 9 cm lang vom rechten Sternoclaviculargelenke quer über nach links und aufwärts über

den Rand des linken M. sternocleidomastoideus hinaus verlief und die Trachea an einer Stelle in einem Umfange von fast $1^1/_2$ cm perforirte. Der Kranke hatte sich diese Verletzungen mit einem stumpfen Tischmesser und einem Cigarrenabzwicker beigebracht. Der Wundverlauf war ein günstiger und wenn auch keine pr. intentio erfolgte, so trat doch schliesslich eine Heilung der Wunden ein. Der Kranke, welcher niemals Selbstmordtendenz geäussert hatte, zeigte nach der That tiefe Reue, motivirte den Selbstmordversuch damit, dass er die Verfolgungen und Vergiftungsversuche seiner Feinde nicht mehr habe ertragen können und um die scheusslichen Pläne seiner Verfolger zu durchkreuzen, beschlossen habe, seinem Leben ein Ende zu machen. Der Selbstmord des Königs von Bayern habe dazu beigetragen, ihn in seinem Entschlusse zu bestärken. Verf. ist dagegen geneigt anzunehmen, dass die Rangordnung der Motive eine umgekehrte war und dass die Königstragödie das Paradigma war und geradezu bestimmend auf die That des Kranken einwirkte.

***Ball,* Ueber die Melancholie. — L'Encéph. No. 3.**

Ein klinischer Vortrag, der, schematisch gehalten, nichts Neues enthält.

***Mairet,* Ueber Pubertätsirresein. — Annal. méd. psych. Nov.**

Verf. erörtert zunächst die Frage, ob die Pubertät zur Entstehung einer Geistesstörung Veranlassung geben kann und ob der Psychose ein besonderer Charakter zukommt. Die Ansichten der Autoren sind getheilt. Die einen leugnen einen besonderen Einfluss der Pubertät auf die Entstehung einer Geistesstörung, die andern glauben, dass dieselbe eine zufällige Rolle spielt, noch andere nehmen ein sog. pubisches Irresein an mit ganz bestimmten Symptomen und nennen dasselbe Hebephrenie. *M.* nimmt auf Grund zahlreicher Beobachtungen an, dass die Pubertät auf das psychische Leben des Individuums eine zweifache Einwirkung ausüben kann. 1. Es bricht eine Psychose aus und zu gleicher Zeit tritt ein Stillstand in der geistigen Entwickelung ein. 2. Die ausbrechende Psychose hat einen ganz bestimmten Charakter und zwar kann man einen Stupor annehmen und eine Manie, die letztere wird in eine choreatische, impulsive und hysterische Form unterschieden. Forts. folgt.

***Biante,* Melancholie mit Selbstmorddrang im Anschluss an Onanie. — Annal. méd. ps. Juli.**

Ein junger Mann von 25 Jahren, verheirathet, erblich stark belastet, erkrankte unter den Erscheinungen einer hypochondrischen Melancholie mit Lebensüberdruss. Verschiedene Selbstmordversuche führten ihn in die Anstalt. Hier klagte er über Schmerzen im Kopf, Hals, Magen, war niedergedrückt, rathlos und gab Onanie zu. Er machte energische Selbstmordversuche. Nach dem zweiten Versuche — durch Erhängen — traten heftige

klonische Krämpfe der Gesammtmusculatur auf und ein triebartiger Drang zur Onanie, den der Kranke rücksichtslos in der Folge befriedigte. Er magerte immer mehr ab, wiederholte seine Selbstmordversuche und es musste schliesslich zu Beschränkungsmitteln gegriffen werden. Seit dieser Zeit wurde der Kranke ruhiger, die Ernährung besserte sich, die ängstlichen Vorstellungen schwanden, die Beschränkungsmittel konnten nach 3monatlicher Anwendung fortgelassen werden und schliesslich wurde der Kranke genesen entlassen. Verf. glaubt, dass die Beschränkung in diesem Falle lebensrettend gewirkt hat und betont, dass die im Anschluss an den Erhängungsversuch auftretende und das Leben des Kranken zu erschöpfen drohende Onanie einen reinen impulsiven Charakter hatte, ähnlich wie manche unbewusste Handlungen, die im Anschluss an einen epileptischen Anfall auftreten.

De Craine, **Beobachtung über einen Fall von allgemeiner Paralyse auf luetischer Basis, der in eine andauernde Remission überging. — Bull. de la soc. de méd. sc. de Belgique. No. 50.**

Bei einem an ausgesprochenen Lähmungserscheinungen, Grössenwahn und Gedächtnisschwäche leidenden Paralytiker, der vor 10 Jahren syphilitisch gewesen sein will, trat nach dem mehrmonatlichen Gebrauche von Sirop de Gibsch (Hydrargyrum bijodatum 0,1, Kalium jodatum 5,0, Aqua destillata 5,0, Syrupus simplex 240,0 2mal tägl. 1 Essl.), Bromkalium etc. eine wesentliche Besserung ein. Wie der Fall weiter verlaufen ist, wird nicht gesagt. Ein Jahr später bestand nur noch eine gewisse geistige Schwäche und eine leichte Unsicherheit bei körperlichen Bewegungen.

Pagès, **Beitrag zur Lehre von der Folie communiquée (Délire à trois). — Annal. méd. psych. Nov.**

Clementine und Françoise M., 45 resp. 43 Jahre alt, lebten mit ihrer Mutter zusammen. Nachdem sie sich durch Nähen ein kleines Capital erworben hatten, setzten sie sich zur Ruhe und kauften sich Actien der Unionbank. Die Actien stiegen schnell und bald sahen sich die Schwestern im Besitze eines Capitals von 15000 Fr. Von dieser Zeit an stellten sich bei beiden unzweifelhafte Zeichen von Geistesstörung ein. Sie hielten sich für ungeheuer reich, sprachen nur von Geldgeschäften und zwar war es Françoise, welche hierbei den Ton angab. Als die Bank, bei welcher sie ihre Papiere angelegt hatten, verkrachte, kam die Krankheit erst recht zum Ausbruch. Sie glaubten das grosse Loos gewonnen zu haben, wähnten sich im Besitze eines Schlosses, mit welchem der Titel eines Grafen von Wien verbunden war, beschuldigten bald diesen bald jenen, dass er ihr Geld unterschlagen habe etc. Auch die Mutter glaubte steif und fest, dass ihren Kindern grosser Reichthum zugefallen sei und billigte ihr Thun nach jeder Richtung. Am 30. December 1883 wurden alle drei der Irrenanstalt übergeben. Sie wurden sofort getrennt und producirten mit wenig Unter-

schied fast mit denselben Ausdrücken die gleichen Wahnvorstellungen. Es war deutlich zu erkennen, dass die eine Tochter Fr. die tonangebende war und dass die Mutter sowie die andere Schwester einfach die Wahnvorstellungen der anderen in sich aufgenommen hatten. Nach einiger Zeit wurden alle drei ungeheilt entlassen. Die Mutter starb nach 18 Monaten, die Töchter blieben ebenso verrückt wie sie früher gewesen waren, traten mit ihren Wahnvorstellungen aber weniger hervor.

Verf. knüpft an diesen Fall einige Bemerkungen. Die Folie communiquée tritt in den meisten Fällen in der Form des Verfolgungswahns auf, gewöhnlich handelt es sich um Hereditarier, doch genügt es schon, dass die Individuen eine gewisse moralische Schwäche und geringere Resistenzfähigkeit gegen äussere Einwirkungen zeigen, um die Erkrankung zum Ausbruch kommen zu lassen. Gewöhnlich handelt es sich um ein partielles Delir, d. h. um bestimmte Wahnvorstellungen, die überhaupt übertragbar sind, während ein allgemeines Delir, d. h. Erregungs- oder Verwirrtheitszustände sich einem zweiten Individuum schwieriger mittheilen. Der Ausbruch der Erkrankung wird begünstigt dadurch, dass 2 Individuen immer zusammengelebt, dieselbe Erziehung genossen, in einseitiger Weise kleinliche Interessen verfolgt haben und wenig unter Menschen gekommen sind. Die Verschiedenheit der Charaktere begünstigt den Ausbruch der Erkrankung und beginnt die Störung gewöhnlich bei dem erregbareren und lebhafteren Theil, um sich dem mehr passiven und lenksamen mitzutheilen.

Legrain, Beitrag zur Lehre von der Folie communiquée. — Archiv. de Neurol. No. 48.

Es giebt zahlreiche Benennungen für die bei mehreren Individuen zu gleicher Zeit ausbrechende Form von Geistesstörung und nennen wir hier nur die Folie imposée, simultanée, transformée und induite. Verf. glaubt, dass es zweckmässig ist, für alle diese Bezeichnungen den Ausdruck Folie communiquée zu gebrauchen. Schon im gesunden Leben hat der Mensch die Neigung das, was er sieht, nachzuahmen und wie wir die Individuen unterscheiden in active, passive und indifferente Elemente, so finden wir auch, dass bei krankhaften Geisteszuständen der eine Mensch die leitende Rolle spielt, der andere den mehr unthätigen Theil darstellt. Von krankhaften Seelenzuständen, die am häufigsten ein Echo in der Brust des Nebenmenschen finden, sind vor allem zu nennen die Melancholie und die Verrücktheit, die letztere in Form des Verfolgungswahns, weniger des Grössenwahns. Bei Schwachsinnigen findet sich häufig der Wahn des Besessenseins. Sinnestäuschungen finden sich gewöhnlich nur bei dem primär erkrankten, während bei dem secundär erkrankten Individuum mehr Illusionen zu Tage treten. Oft kommt es zu rein zwangsmässiger Nachahmung von krankhaften Handlungen von Seiten der secundär erkrankten Theile (Selbstmord). Was Dauer und Verlauf der Erkrankung betrifft, so ist in den meisten Fällen der passive Theil günstiger gestellt wie der active und

der erstere den ärztlichen Einwirkungen eher zugänglich wie der letztere. Sofortige Trennung beider Theile ist selbstverständlich zum Zwecke der Cur das erste Erforderniss.

Roscioli, Ein Fall von „Folie à quatre". — Il Manicomio. IV. Heft 1.

In einer aus einem Ehepaar und drei Töchtern bestehenden süditalienischen Bauernfamilie, in deren Verwandtschaft einige Fälle von Schwachsinn nachweisbar sind, erkrankt am Gründonnerstag 1887 die zweite Tochter mit einem plötzlichen Anfall von Tobsucht während des Gottesdienstes, sie war mehrere Wochen vorher durch mystische Fastenpredigten in ihrem Gemüth erschüttert worden. 8 Tage darauf gerieth der Vater in einen ängstlichen Zustand mit Panphobie, und innerhalb der nächsten Woche verfielen auch die Mutter und die ältere Schwester in maniakalische Erregung. Die Eltern blieben in ihrem Hause, arbeiteten in den freieren Stunden auf dem Felde, und genasen binnen 3 Monaten, ebenso die jüngere Tochter; die zuletzt erkrankte ältere Tochter kam in steigende Erregung, kam im Mai in die Anstalt, war hochgradig verwirrt, ideenflüchtig, motorisch höchst unruhig und schlaflos; wurde unter schreckhaften Hallucinationen aggressiv und musste wegen Neigung zur Selbstverstümmelung mit der Zwangsjacke behandelt werden. Jeden zweiten oder dritten Tag war sie einige Stunden etwas ruhiger, im Stande, Auskunft über sich zu geben, gerieth aber jedesmal in neue Erregung, und starb schliesslich im September an der Cholera, ohne voraufgegangene Besserung.

R. betont, dass es sich in diesen Fällen nicht um Uebertragung von Wahnideen durch Suggestion, sondern um das gleichzeitige Entstehen einer einfachen Psychoneurose unter dem Einfluss emotiv erregender Momente bei gleich constituirten Individuen handelt.

Er gibt dann einen ausführlichen historisch-kritischen Ueberblick über ähnliche Fälle der Literatur und die daran geknüpften Theorien über den Mechanismus der psychischen Contagion, ohne dabei seine eigenen Beobachtungen zu einer Klärung dieser Frage zu verwerthen. *Kurella.*

Forel, A., „Folie à quatre". Vortrag gehalten in der Versammlung schweizerischer Irrenärzte in Basel am 17. Juni 1888. — Correspondenzblatt f. schweizer. Aerzte. No. 16.

Bekanntlich beruht die Eigenthümlichkeit des inducirten Irreseins darauf, dass die Wahnideen des Kranken ihm von einem Anderen inducirt worden sind.

Auf Verfügung des Gemeinderathes Illnau (Canton Zürich) wurden am 7. Juli 1887 die vier Geschwister Schmid von Illnau: Karoline, Luise, Anna und Johann der Heilanstalt Burghölzli zugeführt. — Mutter und Grossmutter waren geisteskrank, der Vater war jähzornig, ein Bruder ist geistig beschränkt. Die untrennbaren vier Geschwister arbeiteten früher

zusammen in verschiedenen Fabriken, lebten sehr sparsam, streng und überspannt religiös, fleissig und sittlich. Sie hatten sich zusammen circa 8000 Franken gespart und ein Haus in Illnau gebaut, auf welchem circa 1300 Franken Schulden lasten. In den letzten Jahren wurden diese Geschwister durch ihre überspannte Religiosität, ihre Abwesenheit von der Landeskirche, ihre Abgeschlossenheit gegenüber anderen Menschen auffällig. Anfangs 1886 hatten sie eine Zeitlang vergebens nach Arbeit gesucht. Anna, welche auf der Suche war, und überhaupt, obwohl die jüngste, die leitende Rolle spielte, klagte ihr Leid einem Herrn auf der Eisenbahn. Derselbe soll ihr gesagt haben: Es käme ein Krieg zwischen England und Russland; so lange er walte, gebe es keine Arbeit. Einige weitere Versuche, Arbeit zu bekommen, misslangen. Nun entschlossen sich alle vier Geschwister, nach Illnau zu reisen und keine Arbeit mehr zu suchen, sondern aus ihren Renten in ihrem Haus zu leben, da es doch „des Krieges zwischen England und Russland wegen keine Arbeit mehr gebe". Und so thaten sie. Sie sperrten sich im Hause ein, kümmerlich lebend, nichts thuend als singen und beten, oft Tag und Nacht. Dieses Leben führten sie ein volles Jahr hindurch, was offenbar sehr verschlimmernd auf ihren ohnehin bereits abnormen Geisteszustand wirkte. Karoline wurde allmählich total verrückt, hallucinirte, lärmte, lief von Hause weg, was zu Skandalen Anlass gab. Die Dorfjugend beschimpfte die armen Leute, warf ihnen Koth aus den Fenstern nach etc., was den bereits vorhandenen Wahn von der Welt verfolgt zu sein, bei ihnen verstärkte. Sie wurden immer störrischer und unzugänglicher. Die Skandalscenen mit der Karoline mehrten sich, und als die Behörde einschritt, gab es einen heftigen Kampf; Johann wehrte sich wie verzweifelt.

Bei der Aufnahme in die Anstalt leierte Anna ihre Kriegs- und Verfolgungswahnideen herunter, was alle drei anderen ihr wörtlich nachsprachen. Die Trennung der Geschwister in verschiedenen Abtheilungen der Anstalt wirkte günstig, vermochte jedoch bei keinem der Geschwister die Wahnideen zu entwurzeln. Alle ergaben sich, Gott vertrauend, dem Unvermeidlichen. Die hallucinatorische Verwirrtheit der Karoline entwickelte sich immer weiter. Luise arbeitete dagegen fleissig und wurde probeweise am 27. September 1887 mit Johann entlassen. Doch war es nicht möglich, draussen dieselben zur Vernunft und zur Arbeit zu bringen. Luise übernahm die Führerrolle; beide sperrten sich wieder in's Haus hinein und der Skandal brach noch ärger aus als zuvor. Es wurde so arg, dass der Vormund sie beide am 28. März 1888 wieder der Anstalt zuführen musste. Da zeigten sich Luise und Johann wesentlich verschlimmert Der Glaube am englisch-russischen Krieg war fester als je; beide Geschwister waren äusserst gereizt. — *S.*

Hansen, Th. (Kopenhagen), **Ueber das Verhältniss zwischen puerperaler Geisteskrankheit und puerperaler Infection. — Kopenhagen 1888. 81 S. — Centralblatt für Gynäkologie. No. 20.**

Die Arbeit des Verf's ist eine interessante Studie, deren Zweck ist, zu zeigen, dass die puerperale Infection, welcher die meisten modernen Verfasser nur eine occasionelle disponirende Bedeutung neben anderen Causalmomenten der puerperalen Psychosen zuschreiben, eine ganz andere reelle causale Bedeutung hat. Während man früher darin übereinstimmte, dass es keine in symptomatischer Beziehung specifisch puerperale Psychose gab, beschrieb *Fürstner* 1875 eine solche unter dem Namen „hallucinatorisches Irresein der Wöchnerinnen", eine Darstellung des Krankheitsbildes, wie dieses gewöhnlich vorkommt, die Verf. ganz acceptirt.

Verf. hat während seiner Wirksamkeit als Assistenzarzt theils an einer psychiatrischen Abtheilung theils an der Entbindungsanstalt 49 Fälle von Puerperalpsychose gesammelt, von welchen er selbst 21 beobachtet hat. Unter diesen 49 Fällen waren Zeichen puerperaler Infection in nicht weniger als 42 Fällen vorhanden gewesen; den Beweis hierfür hat Verf. mit grosser Mühe durch Mittheilungen seitens der Aerzte und Hebammen gesammelt, welche die Kranken in privaten Verhältnissen behandelt hatten; für eine ganze Reihe war die puerperale Infection vom Verf. selbst oder im Gebärhause direct constatirt. Von den 42 Fällen waren nicht weniger als 12 letal verlaufend. Diese 42 Fälle wurden vom Verf. in einer Gruppe als „Infectionspsychosen" gesammelt, als deren Kennzeichen er also die acute hallucinatorische Verwirrtheit findet; dieselbe ist im Wesentlichen durch starke motorische Unruhe und Angstgefühl als Folge der Hallucinationen charakterisirt, mit Uebergang zu einem Stupiditäts- oder Depressionsstadium, in welchem oft das erste Stadium exacerbirt. Zwischen Fieberdelirien im Puerperium und puerperaler Psychose setzt Verf. keine Grenze; wenn die letztere in einigen Fällen im febrilen Stadium, in anderen vor dem Auftreten des Fiebers, und wieder in anderen im postfebrilen Stadium auftreten kann, liegt es näher, eine gemeinsame Ursache zu derselben Wirkung zu suchen, also die Infection, ob Fieber vorhanden ist oder nicht. In den 7 Fällen, wo puerperale Infection sich nicht nachweisen liess, waren 2 Eklampsiefälle mit hallucinatorischer Verwirrtheit von kurzer Dauer, die 5 anderen waren Psychosen anderer Natur (reine Melancholie, hysterische Manie etc.). Mit Ausnahme der Eklampsie will Verf. anderen ätiologischen Momenten keine grosse Bedeutung zuschreiben, das Hauptgewicht legt er, wie gesagt, auf die puerperale Infection. Die Bedeutung hiervon in Bezug auf die Prophylaxe ist einleuchtend. *S.*

Fernald, F. C., **Puerperale Geistesstörungen. — Amer. Journ. of obstetr. 1887. Juli.**

F. bemerkt, dass es erstaunlich sei, wie wenig sich darüber in den

Büchern, welche in den Händen des Arztes sind, zu finden sei, er will daher zusammenstellen, was wir darüber wissen. Bei der Aetiologie spiele Heredität eine grosse Rolle, fast sämmtliche Kranke sind blutarm, schlecht genährt; moralische Einflüsse spielen eine grosse Rolle, einen grossen Procentsatz stellen unverheirathete Mütter. — Das puerperale Irresein zeigt sich unter 3 Formen: als acute Manie, Melancholie und Dementia. Sie unterscheiden sich von den gleichen Formen ausserhalb des Wochenbettes. Die Prognose ist ziemlich günstig, die Behandlung die gewöhnliche. — *S.*

Wiglesworth, Ueber die Pathologie der Verrücktheit (Monomanie). — J. of m. sc. Oct.

Verf. wendet sich gegen seine Landsleute, welche Manie und Monomanie vielfach verwechselten, obwohl es sich in Wirklichkeit um zwei grundverschiedene Zustände handle, die schon durch ihren Sitz im Gehirn weit von einander geschieden seien. Denn während bei der Manie die höheren Hirncentren ergriffen seien, ist dies bei der Monomanie nur von den niedern anzunehmen, da bei allen Wahnvorstellungen und Hallucinationen der Verstand zunächst nicht ergriffen sei und oft längere Zeit hindurch frei bleibe, was bei der Manie niemals der Fall sei. Die Verrücktheit äussere sich bei aller sonstigen Verschiedenheit in drei Hauptsymptomen. 1) Hallucinationen der Sinne, 2) Wahnvorstellungen mit der Neigung längere Zeit unverändert zu bleiben und 3) Fortbestehen des Verstandes und Gedächtnisses. Verf. glaubt nicht zu irren, wenn er die Hallucinationen als das primäre annimmt, auf denen sich alsdann die Wahnideen aufbauen. Dementsprechend sind es zuerst Erkrankungen der Sinne selber oder der von ihnen ausgehenden Nerven, an die sich dann die Erkrankung der Sinnescentren anknüpft. Diese Art der Entstehung ist nachweisbar bei der Tabes, wo über den Zusammenhang von Ursache und Wirkung kein Zweifel bestehen kann. Der Verf. glaubt daher berechtigt zu sein den gleichen Zusammenhang dort vorauszusetzen, wo der Beweis nicht in gleicher Weise geführt werden kann. —

Conolly Norman, Eine seltene Form von Geistesstörung. — J. of m. sc. Oct.

Verf. theilt einen Fall von Grübelsucht mit, der durch die genauen und wörtlichen Angaben der intelligenten Kranken sehr an Interesse gewinnt, sich aber aus demselben Grunde einem Referate entzieht. Die 32jährige Frau hatte in 16 Jahren 9 Kinder geboren, davon die letzten drei in nicht ganz 3 Jahren. Sie erkrankte in der Schwangerschaft und genas nach einer 5 monatlichen und roborirenden Behandlung. Nach der Angabe *N.*'s hat diese Form in England bisher wenig Beachtung gefunden. —

Hansen, Th. (Kopenhagen), Ueber das Verhältniss zwischen puerperaler Geisteskrankheit und puerperaler Infection. — Kopenhagen 1888. 81 S. — Centralblatt für Gynäkologie. No. 20.

Die Arbeit des Verf's ist eine interessante Studie, deren Zweck ist, zu zeigen, dass die puerperale Infection, welcher die meisten modernen Verfasser nur eine occasionelle disponirende Bedeutung neben anderen Causalmomenten der puerperalen Psychosen zuschreiben, eine ganz andere reelle causale Bedeutung hat. Während man früher darin übereinstimmte, dass es keine in symptomatischer Beziehung specifisch puerperale Psychose gab, beschrieb *Fürstner* 1875 eine solche unter dem Namen „hallucinatorisches Irresein der Wöchnerinnen", eine Darstellung des Krankheitsbildes, wie dieses gewöhnlich vorkommt, die Verf. ganz acceptirt.

Verf. hat während seiner Wirksamkeit als Assistenzarzt theils an einer psychiatrischen Abtheilung theils an der Entbindungsanstalt 49 Fälle von Puerperalpsychose gesammelt, von welchen er selbst 21 beobachtet hat. Unter diesen 49 Fällen waren Zeichen puerperaler Infection in nicht weniger als 42 Fällen vorhanden gewesen; den Beweis hierfür hat Verf. mit grosser Mühe durch Mittheilungen seitens der Aerzte und Hebammen gesammelt, welche die Kranken in privaten Verhältnissen behandelt hatten; für eine ganze Reihe war die puerperale Infection vom Verf. selbst oder im Gebärhause direct constatirt. Von den 42 Fällen waren nicht weniger als 12 letal verlaufend. Diese 42 Fälle wurden vom Verf. in einer Gruppe als „Infectionspsychosen" gesammelt, als deren Kennzeichen er also die acute hallucinatorische Verwirrtheit findet; dieselbe ist im Wesentlichen durch starke motorische Unruhe und Angstgefühl als Folge der Hallucinationen charakterisirt, mit Uebergang zu einem Stupiditäts- oder Depressionsstadium, in welchem oft das erste Stadium exacerbirt. Zwischen Fieberdelirien im Puerperium und puerperaler Psychose setzt Verf. keine Grenze; wenn die letztere in einigen Fällen im febrilen Stadium, in anderen vor dem Auftreten des Fiebers, und wieder in anderen im postfebrilen Stadium auftreten kann, liegt es näher, eine gemeinsame Ursache zu derselben Wirkung zu suchen, also die Infection, ob Fieber vorhanden ist oder nicht. In den 7 Fällen, wo puerperale Infection sich nicht nachweisen liess, waren 2 Eklampsiefälle mit hallucinatorischer Verwirrtheit von kurzer Dauer, die 5 anderen waren Psychosen anderer Natur (reine Melancholie, hysterische Manie etc.). Mit Ausnahme der Eklampsie will Verf. anderen ätiologischen Momenten keine grosse Bedeutung zuschreiben, das Hauptgewicht legt er, wie gesagt, auf die puerperale Infection. Die Bedeutung hiervon in Bezug auf die Prophylaxe ist einleuchtend. *S.*

Fernald, F. C., Puerperale Geistesstörungen. — Amer. Journ. of obstetr. 1887. Juli.

F. bemerkt, dass es erstaunlich sei, wie wenig sich darüber in den

Büchern, welche in den Händen des Arztes sind, zu finden sei, er will daher zusammenstellen, was wir darüber wissen. Bei der Aetiologie spiele Heredität eine grosse Rolle, fast sämmtliche Kranke sind blutarm, schlecht genährt; moralische Einflüsse spielen eine grosse Rolle, einen grossen Procentsatz stellen unverheirathete Mütter. — Das puerperale Irresein zeigt sich unter 3 Formen: als acute Manie, Melancholie und Dementia. Sie unterscheiden sich von den gleichen Formen ausserhalb des Wochenbettes. Die Prognose ist ziemlich günstig, die Behandlung die gewöhnliche. — *S.*

Wiglesworth, Ueber die Pathologie der Verrücktheit (Monomanie). — J. of m. sc. Oct.

Verf. wendet sich gegen seine Landsleute, welche Manie und Monomanie vielfach verwechselten, obwohl es sich in Wirklichkeit um zwei grundverschiedene Zustände handle, die schon durch ihren Sitz im Gehirn weit von einander geschieden seien. Denn während bei der Manie die höheren Hirncentren ergriffen seien, ist dies bei der Monomanie nur von den niedern anzunehmen, da bei allen Wahnvorstellungen und Hallucinationen der Verstand zunächst nicht ergriffen sei und oft längere Zeit hindurch frei bleibe, was bei der Manie niemals der Fall sei. Die Verrücktheit äussere sich bei aller sonstigen Verschiedenheit in drei Hauptsymptomen. 1) Hallucinationen der Sinne, 2) Wahnvorstellungen mit der Neigung längere Zeit unverändert zu bleiben und 3) Fortbestehen des Verstandes und Gedächtnisses. Verf. glaubt nicht zu irren, wenn er die Hallucinationen als das primäre annimmt, auf denen sich alsdann die Wahnideen aufbauen. Dementsprechend sind es zuerst Erkrankungen der Sinne selber oder der von ihnen ausgehenden Nerven, an die sich dann die Erkrankung der Sinnescentren anknüpft. Diese Art der Entstehung ist nachweisbar bei der Tabes, wo über den Zusammenhang von Ursache und Wirkung kein Zweifel bestehen kann. Der Verf. glaubt daher berechtigt zu sein den gleichen Zusammenhang dort vorauszusetzen, wo der Beweis nicht in gleicher Weise geführt werden kann. —

Conolly Norman, Eine seltene Form von Geistesstörung. — J. of m. sc. Oct.

Verf. theilt einen Fall von Grübelsucht mit, der durch die genauen und wörtlichen Angaben der intelligenten Kranken sehr an Interesse gewinnt, sich aber aus demselben Grunde einem Referate entzieht. Die 32jährige Frau hatte in 16 Jahren 9 Kinder geboren, davon die letzten drei in nicht ganz 3 Jahren. Sie erkrankte in der Schwangerschaft und genas nach einer 5monatlichen und roborirenden Behandlung. Nach der Angabe *N.*'s hat diese Form in England bisher wenig Beachtung gefunden. —

Hansen, Th. (Kopenhagen), **Ueber das Verhältniss zwischen puerperaler Geisteskrankheit und puerperaler Infection. — Kopenhagen 1888. 81 S. — Centralblatt für Gynäkologie. No. 20.**

Die Arbeit des Verf's ist eine interessante Studie, deren Zweck ist, zu zeigen, dass die puerperale Infection, welcher die meisten modernen Verfasser nur eine occasionelle disponirende Bedeutung neben anderen Causalmomenten der puerperalen Psychosen zuschreiben, eine ganz andere reelle causale Bedeutung hat. Während man früher darin übereinstimmte, dass es keine in symptomatischer Beziehung specifisch puerperale Psychose gab, beschrieb *Fürstner* 1875 eine solche unter dem Namen „hallucinatorisches Irresein der Wöchnerinnen", eine Darstellung des Krankheitsbildes, wie dieses gewöhnlich vorkommt, die Verf. ganz acceptirt.

Verf. hat während seiner Wirksamkeit als Assistenzarzt theils an einer psychiatrischen Abtheilung theils an der Entbindungsanstalt 49 Fälle von Puerperalpsychose gesammelt, von welchen er selbst 21 beobachtet hat. Unter diesen 49 Fällen waren Zeichen puerperaler Infection in nicht weniger als 42 Fällen vorhanden gewesen; den Beweis hierfür hat Verf. mit grosser Mühe durch Mittheilungen seitens der Aerzte und Hebammen gesammelt, welche die Kranken in privaten Verhältnissen behandelt hatten: für eine ganze Reihe war die puerperale Infection vom Verf. selbst oder im Gebärhause direct constatirt. Von den 42 Fällen waren nicht weniger als 12 letal verlaufend. Diese 42 Fälle wurden vom Verf. in einer Gruppe als „Infectionspsychosen" gesammelt, als deren Kennzeichen er also die acute hallucinatorische Verwirrtheit findet; dieselbe ist im Wesentlichen durch starke motorische Unruhe und Angstgefühl als Folge der Hallucinationen charakterisirt, mit Uebergang zu einem Stupiditäts- oder Depressionsstadium, in welchem oft das erste Stadium exacerbirt. Zwischen Fieberdelirien im Puerperium und puerperaler Psychose setzt Verf. keine Grenze; wenn die letztere in einigen Fällen im febrilen Stadium, in anderen vor dem Auftreten des Fiebers, und wieder in anderen im postfebrilen Stadium auftreten kann, liegt es näher, eine gemeinsame Ursache zu derselben Wirkung zu suchen, also die Infection, ob Fieber vorhanden ist oder nicht. In den 7 Fällen, wo puerperale Infection sich nicht nachweisen liess, waren 2 Eklampsiefälle mit hallucinatorischer Verwirrtheit von kurzer Dauer, die 5 anderen waren Psychosen anderer Natur (reine Melancholie, hysterische Manie etc.). Mit Ausnahme der Eklampsie will Verf. anderen ätiologischen Momenten keine grosse Bedeutung zuschreiben, das Hauptgewicht legt er, wie gesagt, auf die puerperale Infection. Die Bedeutung hiervon in Bezug auf die Prophylaxe ist einleuchtend. *S.*

Fernald, F. C., **Puerperale Geistesstörungen. — Amer. Journ. of obstetr. 1887. Juli.**

F. bemerkt, dass es erstaunlich sei, wie wenig sich darüber in den

Büchern, welche in den Händen des Arztes sind, zu finden sei, er will daher zusammenstellen, was wir darüber wissen. Bei der Aetiologie spiele Heredität eine grosse Rolle, fast sämmtliche Kranke sind blutarm, schlecht genährt; moralische Einflüsse spielen eine grosse Rolle, einen grossen Procentsatz stellen unverheirathete Mütter. — Das puerperale Irresein zeigt sich unter 3 Formen: als acute Manie, Melancholie und Dementia. Sie unterscheiden sich von den gleichen Formen ausserhalb des Wochenbettes. Die Prognose ist ziemlich günstig, die Behandlung die gewöhnliche. — *S.*

Wiglesworth, Ueber die Pathologie der Verrücktheit (Monomanie). — J. of m. sc. Oct.

Verf. wendet sich gegen seine Landsleute, welche Manie und Monomanie vielfach verwechselten, obwohl es sich in Wirklichkeit um zwei grundverschiedene Zustände handle, die schon durch ihren Sitz im Gehirn weit von einander geschieden seien. Denn während bei der Manie die höheren Hirncentren ergriffen seien, ist dies bei der Monomanie nur von den niedern anzunehmen, da bei allen Wahnvorstellungen und Hallucinationen der Verstand zunächst nicht ergriffen sei und oft längere Zeit hindurch frei bleibe, was bei der Manie niemals der Fall sei. Die Verrücktheit äussere sich bei aller sonstigen Verschiedenheit in drei Hauptsymptomen. 1) Hallucinationen der Sinne, 2) Wahnvorstellungen mit der Neigung längere Zeit unverändert zu bleiben und 3) Fortbestehen des Verstandes und Gedächtnisses. Verf. glaubt nicht zu irren, wenn er die Hallucinationen als das primäre annimmt, auf denen sich alsdann die Wahnideen aufbauen. Dementsprechend sind es zuerst Erkrankungen der Sinne selber oder der von ihnen ausgehenden Nerven, an die sich dann die Erkrankung der Sinnescentren anknüpft. Diese Art der Entstehung ist nachweisbar bei der Tabes, wo über den Zusammenhang von Ursache und Wirkung kein Zweifel bestehen kann. Der Verf. glaubt daher berechtigt zu sein den gleichen Zusammenhang dort vorauszusetzen, wo der Beweis nicht in gleicher Weise geführt werden kann. —

Conolly Norman, Eine seltene Form von Geistesstörung. — J. of m. sc. Oct.

Verf. theilt einen Fall von Grübelsucht mit, der durch die genauen und wörtlichen Angaben der intelligenten Kranken sehr an Interesse gewinnt, sich aber aus demselben Grunde einem Referate entzieht. Die 32jährige Frau hatte in 16 Jahren 9 Kinder geboren, davon die letzten drei in nicht ganz 3 Jahren. Sie erkrankte in der Schwangerschaft und genas nach einer 5 monatlichen und roborirenden Behandlung. Nach der Angabe *N.*'s hat diese Form in England bisher wenig Beachtung gefunden. —

Hansen, Th. (Kopenhagen), **Ueber das Verhältniss zwischen puerperaler Geisteskrankheit und puerperaler Infection. — Kopenhagen 1888. 81 S. — Centralblatt für Gynäkologie. No. 20.**

Die Arbeit des Verf's ist eine interessante Studie, deren Zweck ist, zu zeigen, dass die puerperale Infection, welcher die meisten modernen Verfasser nur eine occasionelle disponirende Bedeutung neben anderen Causalmomenten der puerperalen Psychosen zuschreiben, eine ganz andere reelle causale Bedeutung hat. Während man früher darin übereinstimmte, dass es keine in symptomatischer Beziehung specifisch puerperale Psychose gab, beschrieb *Fürstner* 1875 eine solche unter dem Namen „hallucinatorisches Irresein der Wöchnerinnen", eine Darstellung des Krankheitsbildes, wie dieses gewöhnlich vorkommt, die Verf. ganz acceptirt.

Verf. hat während seiner Wirksamkeit als Assistenzarzt theils an einer psychiatrischen Abtheilung theils an der Entbindungsanstalt 49 Fälle von Puerperalpsychose gesammelt, von welchen er selbst 21 beobachtet hat. Unter diesen 49 Fällen waren Zeichen puerperaler Infection in nicht weniger als 42 Fällen vorhanden gewesen; den Beweis hierfür hat Verf. mit grosser Mühe durch Mittheilungen seitens der Aerzte und Hebammen gesammelt, welche die Kranken in privaten Verhältnissen behandelt hatten: für eine ganze Reihe war die puerperale Infection vom Verf. selbst oder im Gebärhause direct constatirt. Von den 42 Fällen waren nicht weniger als 12 letal verlaufend. Diese 42 Fälle wurden vom Verf. in einer Gruppe als „Infectionspsychosen" gesammelt, als deren Kennzeichen er also die acute hallucinatorische Verwirrtheit findet; dieselbe ist im Wesentlichen durch starke motorische Unruhe und Angstgefühl als Folge der Hallucinationen charakterisirt, mit Uebergang zu einem Stupiditäts- oder Depressionsstadium, in welchem oft das erste Stadium exacerbirt. Zwischen Fieberdelirien im Puerperium und puerperaler Psychose setzt Verf. keine Grenze; wenn die letztere in einigen Fällen im febrilen Stadium, in anderen vor dem Auftreten des Fiebers, und wieder in anderen im postfebrilen Stadium auftreten kann, liegt es näher, eine gemeinsame Ursache zu derselben Wirkung zu suchen, also die Infection, ob Fieber vorhanden ist oder nicht. In den 7 Fällen, wo puerperale Infection sich nicht nachweisen liess, waren 2 Eklampsiefälle mit hallucinatorischer Verwirrtheit von kurzer Dauer, die 5 anderen waren Psychosen anderer Natur (reine Melancholie, hysterische Manie etc.). Mit Ausnahme der Eklampsie will Verf. anderen ätiologischen Momenten keine grosse Bedeutung zuschreiben, das Hauptgewicht legt er, wie gesagt, auf die puerperale Infection. Die Bedeutung hiervon in Bezug auf die Prophylaxe ist einleuchtend. *S.*

Fernald, F. C., **Puerperale Geistesstörungen. — Amer. Journ. of obstetr. 1887. Juli.**

F. bemerkt, dass es erstaunlich sei, wie wenig sich darüber in den

Büchern, welche in den Händen des Arztes sind, zu finden sei, er will daher zusammenstellen, was wir darüber wissen. Bei der Aetiologie spiele Heredität eine grosse Rolle, fast sämmtliche Kranke sind blutarm, schlecht genährt; moralische Einflüsse spielen eine grosse Rolle, einen grossen Procentsatz stellen unverheirathete Mütter. — Das puerperale Irresein zeigt sich unter 3 Formen: als acute Manie, Melancholie und Dementia. Sie unterscheiden sich von den gleichen Formen ausserhalb des Wochenbettes. Die Prognose ist ziemlich günstig, die Behandlung die gewöhnliche. — *S.*

Wiglesworth, Ueber die Pathologie der Verrücktheit (Monomanie). — J. of m. sc. Oct.

Verf. wendet sich gegen seine Landsleute, welche Manie und Monomanie vielfach verwechselten, obwohl es sich in Wirklichkeit um zwei grundverschiedene Zustände handle, die schon durch ihren Sitz im Gehirn weit von einander geschieden seien. Denn während bei der Manie die höheren Hirncentren ergriffen seien, ist dies bei der Monomanie nur von den niedern anzunehmen, da bei allen Wahnvorstellungen und Hallucinationen der Verstand zunächst nicht ergriffen sei und oft längere Zeit hindurch frei bleibe, was bei der Manie niemals der Fall sei. Die Verrücktheit äussere sich bei aller sonstigen Verschiedenheit in drei Hauptsymptomen. 1) Hallucinationen der Sinne, 2) Wahnvorstellungen mit der Neigung längere Zeit unverändert zu bleiben und 3) Fortbestehen des Verstandes und Gedächtnisses. Verf. glaubt nicht zu irren, wenn er die Hallucinationen als das primäre annimmt, auf denen sich alsdann die Wahnideen aufbauen. Dementsprechend sind es zuerst Erkrankungen der Sinne selber oder der von ihnen ausgehenden Nerven, an die sich dann die Erkrankung der Sinnescentren anknüpft. Diese Art der Entstehung ist nachweisbar bei der Tabes, wo über den Zusammenhang von Ursache und Wirkung kein Zweifel bestehen kann. Der Verf. glaubt daher berechtigt zu sein den gleichen Zusammenhang dort vorauszusetzen, wo der Beweis nicht in gleicher Weise geführt werden kann. —

Conolly Norman, Eine seltene Form von Geistesstörung. — J. of m. sc. Oct.

Verf. theilt einen Fall von Grübelsucht mit, der durch die genauen und wörtlichen Angaben der intelligenten Kranken sehr an Interesse gewinnt, sich aber aus demselben Grunde einem Referate entzieht. Die 32jährige Frau hatte in 16 Jahren 9 Kinder geboren, davon die letzten drei in nicht ganz 3 Jahren. Sie erkrankte in der Schwangerschaft und genas nach einer 5 monatlichen und roborirenden Behandlung. Nach der Angabe *N.*'s hat diese Form in England bisher wenig Beachtung gefunden. —

Cope, Ein Fall von Chorea mit Geistesstörung. — J. of m. sc. Oct.

Ein 19jähriger Mann erkrankt in Folge von Onanie ganz plötzlich unter den Erscheinungen einer auf die linken Extremitäten beschränkten Chorea und eines Verfolgungs- und Vergiftungswahns. Drei Wochen später wird er in die Anstalt aufgenommen: er ist im höchsten Grade unruhig und elend, verweigert alle Nahrung und wird am dritten Tage unter grossem Widerstreben mit der Sonde gefüttert. Nach drei weiteren Tagen ist er gesund und ohne Erinnerung an das Vorhergegangene. Keine erbliche Anlage, kein Rheumatismus und keine anderweitigen ätiologischen Ursachen als eingestandenermaassen besonders kurz vor dem Ausbruch der Erkrankung stark getriebene Onanie und schwere Arbeit.

Noyer, William, Die Paranoia. Eine Studie über die Entwickelung des systematisirten Grössenwahns. — Am. J. of Psychol. Mai.

Verf. hatte Gelegenheit die Entwickelung und den Verlauf einer Paranoia mehrere Jahre hindurch zu beobachten. Es handelt sich um einen Mann von 42 Jahren, der ein höchst bewegtes Leben hinter sich hat und der nach den verschiedensten Schicksalen im Sommer 1883 psychisch erkrankte. Von Anfang an äusserte sich seine Seelenstörung in der Form der primären Verrücktheit mit deutlich periodischem Wechsel von Erregung und Depression. Nach und nach entwickelte sich ein systematisches Wahngebilde, dem der Kranke, durch sein bedeutendes Zeichentalent unterstützt, in zahlreichen allegorischen Darstellungen mystischen Inhaltes Ausdruck gab. Auf Grund seiner verschiedenartigen Kenntnisse konnte er seinen verrückten Darstellungen ausser der Bibel auch mythologische und sonstige Motive zu Grunde legen, wie die in künstlerischer Ausführung mitgetheilten Abbildungen beweisen. Trotz der langen Dauer seiner Erkrankung und seiner vielfachen Absonderlichkeiten in Kleidung und Benehmen soll seine Intelligenz kaum Einbusse erlitten haben.

Der geschilderte Fall verdient wohl nur dadurch Interesse, dass der Kranke ein Maler war und es verstand seiner Krankheit ein künstlerisches Gewand umzuhängen.

Clevenger, Traumatisches Irresein und andere Folgen von Kopfverletzungen. — Al. and Neurol. Juli.

Der Aufsatz enthält eine Zusammenstellung der Meinungen und Ansichten anderer Autoren und bietet kaum etwas Neues, um so mehr, als des Verfassers Ansicht von einer ganz besonderen Form der „traumatischen Geistesstörung" kaum auf grosse Zustimmung stossen dürfte. — Was die Therapie betrifft, so wird Sonnen- und andere Hitze zu vermeiden sein, desgleichen Spirituosen, Verstopfung, Unregelmässigkeit des Lebens, erregende Einflüsse, aufreibende Beschäftigung oder zu grosse Hingabe an

einen Beruf. Dabei sind durch Ergotin, Bromsalze, Antipyrin und überhaupt durch ableitende Mittel die Schlaflosigkeit und andere Symptome der Hirncongestion zu bekämpfen. Massage an den Schultern abwärts und heisse (!) Bäder, um die Circulation des Blutes zu regeln, erweisen sich als nützlich. — Einige Fälle beschliessen den Aufsatz.

Parant, Das puerperale Irresein, seine Natur und Entstehung. — Annal. méd. psych. Juli.

Der Aufsatz ist nichts Weiteres wie ein ausführliches Referat der Arbeit von *Campbell Clark*, Aetiologie, Pathologie und Behandlung des puerperalen Irreseins, über welche im vorigen Jahrgang berichtet wurde.

Séglas und ***Chaslin,*** Die Katatonie. (Forts.) — Arch. de Neurol. Juli.

Die Verff. kommen zu dem Schlusse, dass der Versuch *Kahlbaum*'s eine eigene Krankheitsform unter der Bezeichnung Katatonie aufzustellen, nicht genügend gerechtfertigt erscheint und dass es sich hier nur um gewisse Krankheitssymptome handelt und die Gruppirung fremdartiger Thatsachen unter verschiedene Gesichtspunkte. Vom somatischen Standpunkte aus treten gewisse motorische Reizsymptome in den Vordergrund, psychisch handelt es sich um eine mehr oder weniger schwere Melancholie, der Verlauf hat keine Besonderheiten. Die Katatonie ist nichts Anderes wie eine Stuporform auf degenerativer oder noch häufiger hysterischer Basis.

Ueber das Délire chronique. Forts. — Annal. méd. ps. Juli.

Der Artikel enthält die Fortsetzung der Discussion über das Délire chronique und behandelt hauptsächlich die Entwickelung des Grössenwahns aus dem Verfolgungswahn. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.

M'Bride, Periodisches Delirium auf Grund von Malaria bei einem Kinde. — Med. Stand. Juli.

Verf. erwähnt die Ansichten verschiedener Autoren über den Zusammenhang von Malaria und Geistesstörung, wobei er zumeist bei *Griesinger*'s Darstellung verweilt, wonach man drei Formen unterscheiden kann. 1) In Fiebergegenden werden oft Personen von intermittirenden Anfällen von Geistesstörung ergriffen, ohne eigentliche Malaria zu haben. 2) Im Verlaufe des gewöhnlichen Intermittens treten anstatt des Paroxysmus Tobsuchtsanfälle auf. 3) In Folge einer länger dauernden Intermittens tritt eine Psychose auf. Verf. erwähnt dann kurz den Fall eines 5jährigen Kindes, das an Tertiana litt und wo während des Fiebers Anfälle von Delirien und Sinnestäuschungen auftraten. Das Kind wurde ängstlich, unruhig, glaubte, dass man es tödten wolle und bat die schrecklichen Ge-

räusche in seinem Kopfe aufhören zu lassen. Nach 8 - 10 Anfällen trat unter der Anwendung von Chinin Genesung ein.

***Descourtis*, Ueber Zwangsfütterung vermittelst der Schlundsonde bei Geisteskranken und über die Mittel, ein Eindringen von Flüssigkeiten in die Luftwege zu verhüten. — L'Enceph. No. 5.**

Die Einführung der Schlundsonde zum Zwecke der künstlichen Ernährung geschieht, wie bekannt, durch den Mund oder durch die Nase. Bei Geisteskranken, welche wenn auch nur den geringsten Widerstand leisten, ist die Einführung durch die Nase vorzuziehen. Verf. beschreibt den Modus der Ausführung und weist darauf hin, dass die Sonde zwei falsche Wege nehmen kann. Das eine Mal drängt der Kranke den Zungenrücken gegen die hintere Pharynxwand und die Sonde gleitet über die Zunge in den Mund, das andere Mal gleitet sie in den Larynx. Um das erstere zu verhüten, empfiehlt es sich mit der grössten Ruhe und Langsamkeit vorzugehen und sowie man einen Widerstand verspürt die Sonde etwas zu drehen, so dass ihre Spitze sich der Pharynxmitte nähert. Ist der falsche Weg dennoch eingeschlagen, so merkt man schliesslich an dem Unbehagen, welches der Kranke äussert, wie die Sache liegt und dem Uebel ist bald abgeholfen. Ist die Sonde in den Larynx gelangt, so entstehen heftige Würgebewegungen, Unruhe, Angst und Dyspnoe. Es giebt indessen Fälle, in denen diese Zeichen fehlen, theils weil der Kranke an Anästhesie der hinteren Pharynxwand leidet, theils weil er keine Symptome irgend einer Athmungsbehemmung darbietet, besonders dann, wenn die Sonde sehr klein ist. Man hat viele Mittel angegeben, um sich davon zu überzeugen, ob die Sonde in der That im Magen angelangt ist. Verf. hat die folgende Methode als die sicherste befunden. Man bläst Luft in die Sonde hinein. Befindet sich die letztere im Magen, so hat man das Gefühl, als ob ein Caoutchoucballon aufgeblasen würde. Hört man auf mit blasen, so entweicht die Luft mit Macht und in gleichmässiger Weise geradeso als ob sie aus einem Caoutchoucballon ausgetrieben würde. Der Sicherheit halber kann man sich auch durch die Percussion davon überzeugen, dass die Luft in den Magen gelangt ist. Befindet sich die Sonde nicht im Magen, sondern im Munde oder im Larynx, so dringt wohl beim Lufteinblasen etwas Luft ein, aber doch nicht in dem Maasse, wie oben geschildert und fehlt namentlich das charakteristische Gefühl, als ob sich ein „Ballon" füllte. Ist man davon überzeugt, dass die Sonde sich im Magen befindet, so macht das Eingiessen von ernährenden Flüssigkeiten keine Schwierigkeit. Lästig sind die Würgbewegungen, die sich oft dadurch verhüten lassen, dass man die Sonde nicht zu tief in den Magen einführt. Tritt dennoch die eingeflösste Flüssigkeit zurück, so wird sich ein Eindringen in die Luftwege dadurch vermeiden lassen, dass man den Kranken sitzend füttert und die horizontale Lage ausser Anwendung zieht.

Roller, Ueber das Verhalten der Menstruation bei Anwendung von Morphium und Opium. — Berl. klin. W. No. 48.

Verf. hat die Beobachtung gemacht, dass bei der Anwendung von Morphium und Opium in Fällen von Geistesstörung besonders bei subcutaner Anwendung wiederholt Cessiren der Menstruation eintrat. Andererseits trat die Menstruation, welche lange cessirt hatte, bei Aufhören oder starker Verminderung der Injectionen wieder ein.

Ruscheweyh, Zur Darreichung und Wirkung des Sulfonals. — Neurol. Centralblatt No. 21.

R. empfiehlt das Sulfonal in Dosen von 2—3 g in der von *Kast* empfohlenen Verordnung als Hypnoticum bei Geisteskranken und sah nur selten unangenehme Folgeerscheinungen. Am zweckmässigsten wird das Mittel wohl verrührt in $^1/_2$ l heisser Milch oder Bouillon zum Abendessen gegeben. Es sind dann die günstigsten Bedingungen für eine rasche Resorption des schwerlöslichen Präparates geschaffen.

Rosin, Ueber die Wirkung des Sulfonals. — Berl. klin. W. No. 25.

Das Sulfonal wurde in Kapseln oder Tabletten verabfolgt und erwies sich in Dosen von 2,0—4,0 g als ein nicht hinter der Sicherheit der anderen bewährten Schlafmittel, wie Morphium und Chloral, zurückstehendes Medicament. Die Versuche wurden an geistig Gesunden angestellt und zwar in der Weise, dass das Mittel den Patienten ohne ihr Wissen oder dass zwischendurch ein indifferentes Mittel gegeben wurde.

Oestreicher, Zur Wirkung des Sulfonals. — Berl. klin. W. No. 25.

Die von anderen Beobachtern gemachten Erfahrungen werden bestätigt. In seiner Wirkung kommt das Sulfonal meist der von Chloral in entsprechenden Dosen gleich. In den ersten Tagen der Morphiumabstinenz hilft es gemeinhin ebenso wenig wie Chloral, Amylenhydrat und Paraldehyd.

Fraenkel, Einige Bemerkungen über die Wirksamkeit des Sulfonals. — Berl. klin. W. No. 30.

Die Versuche wurden mit Sulfonal Riedel angestellt. Dasselbe riecht etwas stärker wie Sulfonal Beyer. Es wurde in Dosen von 2—3 g in Schüttelmixtur gegeben. Durchweg wurde eine günstige Schlafwirkung erzielt.

Schwalbe, Zur klinischen Würdigung der Sulfonalwirkung. — D. med. Wochenschr. No. 25.

Das Sulfonal in reiner Form ist wegen seiner Geruch- und Geschmacklosigkeit ein angenehmes Medicament. Es wirkt als Hypnoticum in Fällen

von nervöser Schlaflosigkeit in der Dosis von 1—2 g mit sehr annehmbarer Promptheit. Da wo die Agrypnie aus directen organischen Störungen einer augenblicklich bestehenden Krankheit resultirt, ist die Wirkung mehr oder weniger unsicher. Das Sulfonal alterirt weder Temperatur noch Puls noch Respiration und verdient deshalb in seiner Eigenschaft und in dem angegebenen Umfange den Vorzug vor Morphium und Chloral bei febrilen Krankheiten und allen Affectionen, in denen man Herzschwäche befürchten muss. Namentlich dürfte es auch bei Kindern zu verwenden sein. Die subjectiven Neben- und Folgeerscheinungen sind geringfügiger Natur und dürften im Allgemeinen eine Contraindication für seine Anwendung nicht abgeben.

***Rosenbach*, Bemerkungen zur Methodik der Prüfung von Schlafmitteln. — Berl. klin. W. No. 24.**

Der Werth eines Schlafmittels beruht nicht darin, dass überhaupt die Zahl der Schlafmittel vermehrt wird, sondern vor allem auf der Möglichkeit einer individualisirenden Therapie gerecht zu werden. Gar zu oft wird der beabsichtigte Zweck durch allerlei unangenehme Neben- und Folgeerscheinungen erkauft. Um zum Ziele einer genauen Indicationsstellung zu gelangen, muss die Mitwirkung des psychischen Factors auf Null reducirt werden. Zu dem Zwecke operirt man entweder ohne Wissen der Versuchsperson oder in vollem Einverständniss mit dem Patienten und unter Angabe des schlaferregenden Effectes des Mittels. Die erste gibt absolut sichere Resultate, die zweite gestattet, je nach dem man mit wirksamen oder unwirksamen Mitteln operirt hat, sich zuverlässige Versuchspersonen zu verschaffen. Die Prüfung hat nicht nur zu einer Zeit zu erfolgen, in der die Versuchsperson zu schlafen gewohnt ist, sondern auch zu anderen Zeiten (in den Vormittagsstunden). Zur Controlle wird eine indifferente Substanz gereicht.

***Salgó*, Hyoscin und Sulfonal. — Wien. med. W. No. 22.**

Verf. empfiehlt das Hyoscinum hydrochlor. in Dosen von 0,001 (2 pCt. Lösung) subcutan als ausserordentliches Beruhigungsmittel bei Geisteskranken. Ueberall wo es sich um rasche Beruhigung eines tobsüchtigen. erregten Kranken handelt, ist das Hyoscin souverän. Es wirkt prompter und verlässlicher wie Chloral, Morphin, Paraldehyd. Eine cumulative Wirkung mit etwaigen üblen Zuständen wurde nicht beobachtet.

Das Sulfonal verdient als Schlafmittel Verwendung, ist aber kein Beruhigungsmittel. Die Wirkung desselben bleibt bei schlaflosen Paralytikern hinter der des Chloralhydrats zurück und übertrifft auch nicht die des Paraldehyds. In einem Falle von schwerer viriler Hysterie mit Morphinismus leistete es gute Dienste; in einem anderen Falle von melancholischer Depression mit intensiven Selbstanklagedelirien trat auf 1,0 g volle schlafmachende Wirkung ein.

***Dornblüth*, Bericht über Anwendungen des Hyoscin bei Geisteskranken. — Berl. klin. W. No. 49.**

Das Hyoscin wurde in Dosen von $^1/_2$—2 mg subcutan bei Erregungszuständen weiblicher Irren angewandt. Die Erfolge waren überraschend günstige und verbürgen eine dauernde vielfache Anwendung des Mittels in der Behandlung erregter Geisteskranker. Die Injectionen waren nicht schmerzhaft, eine Gewöhnung im Sinne verminderter Wirksamkeit fand nicht statt.

***Konrad*, Zur physiologischen und therapeutischen Wirkung des Hyoscinum hydrochloricum. — Centralbl. f. Nervenk. No. 18.**

Die vom Verf. mit dem neuen Mittel angestellten Versuche ergaben, dass neben der exquisiten sedativen Wirkung gewisse von toxischem Einflusse zeugende Nebenwirkungen wohl zu beachten sind. Diese bestehen in Störungen in der Herzinnervation und gewissen bedenklichen Hirnsymptomen, unter denen namentlich Hallucinationen zu nennen sind. Bei acuten heilbaren Psychosen meide man daher das Mittel, so lange mittelst anderer beruhigender Methoden eine ausreichende Wirkung erzielt werden kann. Ist aber Consumtion der Kräfte zu befürchten, dann können einzelne, in grösseren Zwischenzeiten verabreichte Gaben gute Dienste leisten. In heftigen Erregungszuständen chronischer Formen, besonders bei grosser Agilität und Zerstörungstendenz ist das Hyoscin in Dosen von $^1/_2$—1 mg zeitweise verwendbar. Die Wiederholung der Injectionen in continuo überschreite nicht 2—3 Tage.

***Kny*, Therapeutische Wirkungen des Hyoscins. — Berl. kl. W. No. 50.**

Die von *K.* angestellten Versuche ergaben in 80,7 pCt. günstigen Erfolg bei subcutaner Anwendung und vorsichtiger Dosirung (0,3—0,5—1,3 mg). Dagegen wurden bei 6 von 23 Patienten sehr unangenehme Intoxicationserscheinungen beobachtet: Schwindel, lallende Sprache, lästige Trockenheit im Halse, Hitzegefühl im Kopf, Zunahme der Erregung bis zu heftigen Delirien. Diese Erfahrungen führten zu dem Gedanken, das Hyoscin per os anzuwenden, wo die Resorption nicht so rasch erfolgen und die Wirkung in Folge dessen nicht so stürmisch sein werde. Die Erfolge waren günstig (in 82,2 pCt.) und zwar meist dann, wo es sich um Psychosen mit lebhafter motorischer Erregung handelte bei Manien, agitirten Melancholien und bei aufgeregten Schwachsinnigen. Dagegen tritt eine Gewöhnung ziemlich rasch ein. Ungünstige Einwirkungen auf das Herz wurden nicht constatirt. Das leicht lösliche und geschmacklose Mittel wurde entweder in Milch, Fleischbrühe etc. gegeben oder in Solution verordnet (0,01 bis 0,02 : 150,0, davon Abends 1 Theel. bis 1 Essl. voll zu nehmen).

***Schlöss*, Mittheilungen über die Wirkung des Amylenhydrats bei Geisteskranken. — Jahrb. f. Psych. Bd. VIII. H. 1—2.**

Das Amylenhydrat wurde in Dosen von 3,0—3,5 mit Aqua dest. 30,0, Extr. Liquir. 10,0 gegeben. Die Wirkung war mit Ausnahme weniger Fälle eine sichere hypnotische. Von manchen Kranken wurde es schlecht vertragen, am besten wirkte es bei blödsinnigen Paralytikern, bei denen es lediglich auf die Behebung der Schlaflosigkeit ankommt.

***Zernerjr*, Erfahrungen über Sulfonal. — Wien. med. Wochenschr. No. 45 u. 46.**

Verf. empfiehlt mit 2 g Sulfonal zu beginnen und erst wenn der Patient von der Wirksamkeit des Mittels überzeugt ist, event. auf 1 g zurückzugehen. Das Sulfonal beeinträchtigt die normale und durch Erkrankungen geänderte Herzthätigkeit absolut nicht und ist auch mit Rücksicht auf die Verdauungswege ein fast völlig unschädliches Mittel. Es wirkt nicht narkotisch, sondern ist ein wahres Hypnoticum, so zwar, dass es das vorhandene Schlafbedürfniss verstärkt, event. den fehlenden Schlaf erzwingt. Es verdient Empfehlung bei nervöser Schlaflosigkeit und hat entschiedenen Erfolg bei der Behandlung Geisteskranker. Selbst bei Kranken, die an Narcotica gewöhnt sind, wird noch mehrstündiger Schlaf ermöglicht. Ueber die sedative Wirkung des Sulfonals sind die Versuche noch nicht abgeschlossen.

***Matthes, M.*, Beitrag zur hypnotischen Wirkung des Sulfonals. — Centralbl. f. klin. Med. No. 40.**

In der Klinik des Geheimrath *von Ziemssen* in München wurden 27 Fälle mit 99 Einzelgaben behandelt. Die gewöhnlichen Dosen waren 1—2 g, nur bei 4 Fällen wandte Verf., um eine etwaige Beeinflussung des Pulses feststellen zu können, Dosen bis 5 g an. Es traten bei 21 Fällen, also in 78 pCt.. hypnotische Wirkung ein; eine vollkommene Wirkung (mindestens 6stündiger Schlaf) in 49 pCt., eine meist vollkommene Wirkung in 18 pCt., unvollkommene in 11 pCt., ohne Wirkung in 22 pCt., — Nebenerscheinungen in 2,2 pCt. Der Zeitraum, in welchem das Sulfonal wirkte, schwankte zwischen $^1/_2$—3 Stunden.

Verf. zieht aus seinen Beobachtungen folgende Schlüsse:

1) Sulfonal ist ein brauchbares, wenn auch in seiner Wirkung nicht absolut sicheres Hypnoticum. 2) Es bietet anderen Hypnoticis gegenüber den Vorzug der Geruch- und Geschmacklosigkeit und der negativen Wirkung auf lebenswichtige Organe. 3) Unerwünschte Nebenwirkungen treten in einer nur geringen Zahl der Fälle auf und sind meist unbedeutend. 4) Die Dosirung des Mittels muss eine sehr verschiedene sein und ist individuell auszuprobiren. Für die Mehrzahl der Fälle ist 1,0 g genügend, um ausreichende hypnotische Wirkung ohne Nebenerscheinungen zu er-

zielen. Beim Auftreten von Nebenerscheinungen sind die Dosen herabzusetzen. 5) Es ist räthlich das Mittel, da seine Wirkung eine langsame ist, mindestens eine Stunde vor dem Schlafengehen zu geben. 6) Wenn Schmerzen auf nicht neuralgischer Basis oder quälender Husten der Grund zur Agrypnie sind, so ist die Anwendung des Sulfonals unzweckmässig. Bei manchen Neuralgien dagegen scheint es mit Erfolg verwendet werden zu können. *S.*

***Pittcairn*, Hyoscin als Hypnoticum. — The Brit. med. Journ. 14. Juli.**

Verf. theilt 3 Krankheitsfälle mit (Delirium tremens bei einem 32jährigen Manne, Insomnie bei einem älteren Manne, maniakalische Erregung bei einem 40jährigen Melancholiker), in welchen alle sonstigen Mittel (Bromide, Narcotica, verschiedene Sedativa) vergeblich und erfolglos angewandt wurden, Hyoscin aber in Dosis von $^1/_{100}$ Gran (= 0,0006 g) subcutan von glänzendem Erfolg begleitet wurde. Schlaf trat manchmal für 19 Stunden ein, und das Befinden war dann gut. — Die nachfolgenden Anwendungen erfordern weit grössere Menge, daher thue man gut, mit 150stel Gran anzufangen, dann $^1/_{100}$, $^1/_{70}$ etc. zu injiciren. An der Injectionsstelle entstehe kein Schmerz. Sollten unangenehme Folgen, was unwahrscheinlich, eintreten, so empfehlen sich Coffein, Pilocarpin, Natr. salicylicum.

Sinclair-Thomson theilt einen Fall mit (The Brit. med. Journ. p. 421), in welchem $^9/_{80}$ Gran vertragen wurden, $^1/_{10}$ Gran jedoch Intoxicationserscheinungen beunruhigenden Grades hervorriefen. *S.*

***Bouhila* und *Hadjès*, Ueber die therapeutische Wirkung des Methylals bei Geisteskranken. — l'Encephale. No. 3.**

Die Versuche wurden an 33 weiblichen Individuen, welche an den verschiedensten Formen von Geistesstörung erkrankt waren, angestellt. Das Methylal wurde in Dosen von 3—9 g in 120 g mit Syrup. simpl. versüsstem Wasser gegeben. Die Verff. kommen zu dem Schlusse, dass das Methylal ein empfehlenswerthes Hypnoticum ist und verwenden es bei den einfachen Formen von Seelenstörung, mit Ausnahme der Mania acuta, bei epileptischer Seelenstörung und Blödsinnszuständen im Anschluss an organische Gehirnerkrankungen. Bei allgemeiner Paralyse ist es weniger wirksam. Da es nach keiner Richtung hin schädliche Nebenwirkungen habe, so verdient es den Vorzug vor dem Chloral, Urethan und Opium (?).

7. Circuläre und periodische Psychosen.
Referent: Kirn-Freiburg.

Mendel, Ein Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen. — Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 44, p. 618.

Bisher wurden als periodische Psychosen nur 3 Formen beschrieben, nämlich die Mania periodica, die Melancholia periodica und das Delirium hallucinatorium periodicum (*Kirn*'s centrale Typos. mit kurzen Anfällen, *v. Krafft-Ebing*'s idiopathisches periodisches Irresein in Form von Delirium). Verf. schildert eine vierte Form, die „Paranoia periodica", welche sich zumeist in mehrmonatlichen Anfällen von hallucinatorischem Verfolgungs- und Grössenwahn darstellt. Drei typische Krankheitsfälle werden der Krankheitsschilderung zu Grunde gelegt. Alle zeigen eine regelmässige Wiederkehr nach kurzen Intervallen, ein acutes Einsetzen und eine relative Gleichheit der Anfälle. Die Prognose der periodischen Paranoia ist, wenn möglich, noch ungünstiger, als die der anderen periodischen Formen.

---

8. Paralyse und Geistesstörungen mit Syphilis. Referent: Kirn-Freiburg.

Arnaud, Klinische und statistische Betrachtungen über die allgemeine Paralyse beim Manne. — Annal. medico-psychologiques. Juli.

Die Arbeit zerfällt in zwei Theile, deren erster allgemeine Betrachtungen über die Krankheit gibt, während der zweite einige besondere klinische Formen darstellt. Dem Aufsatze sind 202 eigene Beobachtungen zu Grunde gelegt, von welchen 28 in extenso dargelegt werden.

Der erste Theil zerfällt in zwei Kapitel:

Im ersten, vorwiegend statistischen, Kapitel wird die Verbreitung der allgemeinen Paralyse mit Bezug auf die Zahl der betroffenen Individuen, die Perioden ihres Auftretens und die Medien ihrer Entwickelung geschildert.

Von den in die Anstalt aufgenommenen Kranken waren 19,5 pCt. paralytisch. Die Paralyse hat in jüngster Zeit zugenommen und sich auf jüngere Altersklassen als früher ausgebreitet. War das mittlere Alter beim Beginn früher das von 44 Jahren (*Calmeil*), so berechnet Verf. dasselbe jetzt auf 39,5 Jahre; bei 4 pCt. trat die Erkrankung bereits zwischen dem 26.

und 30. Lebensjahre auf. Nach 60 Jahren will Verf. noch 3 Fälle beobachtet haben und daraus auch eine Zunahme in diesem Alter ableiten (? Ref.).

Bezüglich des Berufes gehörten 5 pCt. der Untersuchten höheren Ständen an, 20,7 pCt. der Klasse der Kaufleute und Beamten, 71 pCt. den Handarbeitern.

13 Kranke hatten bei erhöhter Temperatur gearbeitet (Bäcker, Schmiede, Glasmacher etc.). 15 waren Alkoholisten. Arbeiter und Beamte in grossen Städten erwiesen sich als besonders prädisponirt.

Im Anschluss an diese Statistik wird je ein Fall von allgemeiner Paralyse bei einem Imbecillen und von traumatischer Paralyse mitgetheilt.

Im zweiten, die allgemeine Aetiologie behandelnden, Kapitel wird der Einfluss der grossen Städte und der Provinz in Parallele gesetzt; die Paralyse findet sich in ersteren viermal so häufig als in letzterer. Heredität (einschliesslich der congestiven) wurde in 53 pCt., directe in 30 pCt. der Fälle festgestellt; selten nur bestehe alkoholische oder arthritische Heredität. Häufig waren alkoholische Excesse, selten Syphilis (? Ref.) und nur zweimal Insolation als dem Ausbruche der Erkrankung vorausgegangen festgestellt worden.

Der zweite Theil giebt 28 treffliche Beobachtungen:

Unter dem Titel „frühzeitige" Paralyse werden 19 Fälle unter 36 Jahren geschildert, und zwar 10 unter 30 und 2 unter 25 Jahren. Diese frühzeitigen Fälle wiesen eine sehr prononcirte Aetiologie, namentlich eine hervortretende erbliche Anlage auf. Unter den Krankheitsformen überwogen hier die dementiellen.

Bei 3 „tardiven" Fällen war gleichfalls die Heredität (sowohl vesanische als congestive) sehr ausgesprochen.

Zwei Fälle werden als der „weiblichen" Form angehörig dargestellt, weil sie ein „pueriles" Delirium zeigten (? Ref.).

Ein Fall zeigte hervortretenden Verfolgungswahn.

Zwei paralytische Kranke, welche nach einem Empyem eine an Genesung grenzende Remission zeigten, werden als Belege für den glücklichen Einfluss verlängerter Eiterungen eingehend geschildert.

Die fleissige Arbeit enthält, wenn sie auch kaum Neues bietet, viel schätzenswerthes Material, welches Berücksichtigung verdient.

***Ball,* Ueber allgemeine Paralyse traumatischen Ursprungs. — L'Encéphale. No. 4.**

Verf. bespricht die Entstehung der allgemeinen Paralyse in Folge traumatischer Einwirkungen — auf Grundlage von 3 Beobachtungen:

1. Postbeamter, der durch einen Unfall bei einer Eisenbahnfahrt eine Kopfverletzung ohne Fractur oder Impression am Schädel erlitten hatte. Die Erkrankung brach unmittelbar nach dem Tage der Verletzung aus, wenn auch die ersten Erscheinungen noch keineswegs die Feststellung der Diagnose gestatteten.

2. Die Erkrankung entwickelte sich bei einem Manne, der das Unglück hatte vom Blitze getroffen zu werden, gleichfalls alsbald nach Einwirkung dieser Schädlichkeit. Patient war nach dem Blitzschlage eine Viertelstunde lang bewusstlos; nach dem Erwachen aus seiner Ohnmacht zeigte er alle Erscheinungen einer heftigen Manie, welche alsdann unmittelbar in das Krankheitsbild der allgemeinen Paralyse übergingen. Zwar waren die psychischen Fähigkeiten des Kranken offenbar schon zuvor gestört, aber noch kein positives Zeichen von Geisteskrankheit vorhanden gewesen.

3. Patient hatte eine Verletzung des linken Vorderarmes erlitten, in deren unmittelbaren Folge eine Geistesstörung zum Ausbruch kam. Nachdem die Verwundung äusserlich geheilt war, klagte der Kranke alsbald über heftige Schmerzen in der verletzten Extremität, an welcher sich auch Atrophie der Musculatur entwickelte. Zugleich stellte sich ein mehr und mehr zunehmender Verlust des Gedächtnisses ein, alsdann Sprachstörung, an welche sich paralytische Anfälle anschlossen. Das besondere Interesse dieses Falles liegt darin, dass hier die Erkrankung von einem primär getroffenen peripheren Nerven (Ulnaris) aufsteigend das Centralorgan betroffen hat.

Verf. kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schlusse, dass traumatische Einwirkungen bald bei prädisponirten Individuen nicht eigentlich die paralytische Erkrankung erzeugen, sondern nur ihren Ausbruch beschleunigen, bald aber als die einzigen Ursachen für die Entstehung des Cerebralleidens betrachtet werden müssen.

Fischer (Cannstatt), Ueber Entstehung und Anfangssymptome der progressiven Paralyse. Vortrag. — Würtembergisches medicinisches Correspondenzblatt. No. 38.

Fischer, welcher in seiner Nervenheilanstalt nicht selten Gelegenheit hat, Paralytiker im ersten Krankheitsstadium zu beobachten, berichtet über 50 diagnostisch zweifellose Fälle. Von diesen waren constitutionell syphilitisch inficirt 30 (60 pCt.), hatten ein Ulcus molle 8 (16 pCt.), waren vermuthlich frei von Infection 12 (24 pCt.).

Bringt Verf. von seinen 50 Fällen 12 in Abzug, weil sie zu einer Zeit beobachtet wurden, in welcher man der syphilitischen Aetiologie noch nicht die gebührende Rechnung trug, so ergibt sich bei den restirenden 38 folgendes Resultat: Constitutionelle Luës — 25 (65,9 pCt.), Ulcus molle — 7 (18,2 pCt.), somit nachgewiesene Infection — 32 mal (84,1 pCt.); aber auch bei den 6 (15,9 pCt.) nicht überwiesenen Fällen bestehen zum Theil Verdachtsgründe.

Vortragender bespricht dann die Anfangserscheinungen der Krankheit, namentlich die charakteristische prodromale psychische Veränderung, das Verhalten von Pupillen, Sprache, Schrift, Gehirnnerven, Sehnenreflexen, erörtert ferner die Beziehungen der Rückenmarkserkrankungen zur Paralyse, sowie die Bedeutung der im Anfangsstadium oft verkannten paralytischen Anfälle.

Beim Bestehen einiger, aber zur Diagnose noch ungenügender, Anfangssymptome hält er den Nachweis einer früheren Infection in diagnostischer Beziehung in vielen Fällen für ausschlaggebend und führt Fälle zur Stütze dieser Ansicht an.

Heilung oder Besserung ist nur im allerersten Stadium von einer antisyphilitischen Behandlung zu erwarten, später bleibt jeder Erfolg aus. Die Fälle „geheilter Paralyse" betrachtet *F.* skeptisch. Er warnt vor diagnostischen Verwechslungen namentlich mit Herderkrankungen des Gehirns, mit einfacher Neurasthenie bei concomitirender Luës und mit anderen Psychosen bei früher syphilitisch gewesenen Individuen. Auch den von ihm selbst mitgetheilten 3 Fällen von Heilung resp. Besserung im Initialstadium legt er keine Beweiskraft bei.

Snell, Otto, **Die zunehmende Häufigkeit der Dementia paralytica. — Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 44, p. 648.**

Verf. kommt auf Grundlage statistischer Erhebungen zu dem zweifellosen Resultate, dass unter den in der Anstalt zu Hildesheim Aufgenommenen die relative Zahl der Paralytiker sich seit 30 Jahren nahezu verdoppelt hat.

Peterssen-Borstel, **Ueber Feldzugsparalysen. — Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 45, p. 431.**

Verf. theilt 3 Fälle von Feldzugsparalysen mit, welche erst nach einer vieljährigen Dauer der prodromalen Symptome zum Ausbruche kamen. In allen Fällen waren 10—15 Jahre lang auffällige Gemüthsveränderungen mit Willensschwäche, bei Zweien lebhafte Kopfschmerzen, beim Dritten rheumatoide Beschwerden der klassischen Paralyse vorausgegangen. Zeichen von Syphilis waren bei Keinem nachzuweisen.

Verf. zieht aus seinen Beobachtungen die practische Nutzanwendung, dass die Präclusivfrist für Militärpensionen nach Feldzügen mindestens über 15 Jahre hinaus ausgedehnt werden sollte.

Arnaud, **Zwei Fälle allgemeiner Paralyse mit Autopsie bei Imbecillen. — Annal. medico-psycholog. Novembre.**

Verf., welcher in einer grösseren preisgekrönten Arbeit über die allgemeine Paralyse zu dem Schlusse gekommen ist, dass eine der Ursachen der gegenwärtig gesteigerten Häufigkeit der Paralyse in der Ausbreitung der Krankheit auf die Arbeiterklasse (in grossen Verkehrscentren) beruhe, welche man bisher für wenig empfänglich gehalten habe, will hieraus den Beweis ableiten, dass die Steigerung der directen Gehirnleistungen ätiologisch bei der Paralyse nicht allein in Betracht zu ziehen sei. Er will hier zur Stütze seiner These zwei Fälle allgemeiner Paralyse bei Imbecillen mittheilen, bei welchen irgend welche cerebrale Ueberanstrengung sicher auszuschliessen sei. Analoge Fälle seien noch wenige veröffentlicht:

I. L., 44 Jahre alter Abdecker, von einer trunksüchtigen Mutter geboren, zeigte sich unfähig sich Schulkenntnisse anzueignen und ein geregeltes Handwerk zu erlernen. Fünf Monate vor Eintritt in die Anstalt hatte er einen heftigen Schlag auf den Kopf erlitten, von Betäubung gefolgt. Vier Monate später wurde Gedächtnissschwäche, Selbstüberhebung und unvernünftiges Handeln festgestellt.

In der Anstaltsbeobachtung: Kleiner, leicht asymmetrischer Schädel; glückliche Stimmung, allgemeine Befriedigung, Gefühl besten Wohlseins, ruhige Haltung, Schweigsamkeit. Allmälig fortschreitende geistige Abschwächung. Allgemeine Muskelschwäche, Sprachstörung, hochgradige Myosis. — Tod in Folge von Convulsionen nach einjährigem Anstaltsaufenthalte.

Die Section ergab: Chronische Leptomeningitis, Erweichung und Verfärbung der Corticalis, Erweiterung der Hirnventrikel, Granulation des Ependym, Hyperämie der Marksubstanz. (Kein mikroskopischer Befund.)

II. R., 30 Jahre alte Lustdirne (deren Familienverhältnisse unbekannt), zeigt einen ausgesprochen mikrocephalen, zugleich asymmetrischen Schädel. Sie leidet an Imbecillität und Alcoholismus.

In der Anstalt: Aufregung, Sprachstörung, intensives Zähneknirschen, Gefrässigkeit, Sammeltrieb, fortschreitende motorische Schwäche und völliger geistiger Zerfall. Tod an Lungentuberculose nach 14monatlichem Anstaltsaufenthalte.

Autopsie: Pachy- und Leptomeningitis, Erweichung und Verschmälerung der Hirnrinde namentlich an den Stirnlappen, Hyperämie der Marksubstanz, Granulationen in den Ventrikeln. (Kein mikroskopischer Befund.)

In der Epikrise wird der erste Fall ätiologisch theils auf die Abstammung von einer trunksüchtigen Mutter, theils auf das erlittene Kopftrauma, der zweite auf fortgesetzte Excesse in Baccho et Venere bezogen (Syphilis? Ref.). Das Fehlen des ausgebildeten Grössenwahns sei Folge der Imbecillität, welche jeden Gedankenaufschwung ausschliesse.

Savage, Allgemeine Paralyse der Irren, welche einen Hirntumor vortäuscht. — Journal of mental science. Juli.

Gegenstand der Beobachtung war ein erst 17½ Jahre altes Mädchen, welches frei von erblicher Belastung war. Es hatte als Kind Scharlach, Masern und Keuchhusten überstanden. Seit dem 10. Monat litt es an Ausfluss aus dem rechten Ohre mit Perforation des Trommelfells. Mit 14 Jahren stellte sich bei ihr die Menstruation ein, um in der Folge regelmässig wiederzukehren.

Das Mädchen erkrankte im Alter von 16½ Jahren an allgemeiner Schwäche, Kopfschmerz, sowie an Störungen der Sprache und des Ganges. In der Folge nahm rasch ihre Intelligenz ab, der Art, dass sie dement wurde. Es stellte sich weiter in Folge beiderseitiger von Atrophie des Opticus gefolgter Neuritis optic. nahezu vollständige Blindheit, dann doppel-

seitige Taubheit ein; Steigerung der Sehnenreflexe. Anfälle von Erbrechen und von lautem Schreien. Die Sprache war langsam und breit; die Zunge beim Ausstrecken nach Links gerichtet, der Mund beim Lachen nach Rechts verzogen. Contracturen der Extremitäten. Zuletzt stellten sich mehrfach Ohnmachtsanfälle mit Cheyne-Stocke'scher Respiration ein, welche schliesslich den Tod im Gefolge hatten.

Während die Diagnose übereinstimmend von mehreren Aerzten auf einen in der Mittellinie nahe dem Boden des vierten Ventrikels befindlichen Tumor gestellt war, ergab die Autopsie den Befund einer Meningo-Encephalitis: Die ödematösen zarten Hirnhäute hafteten am Gehirn; dieses selbst zeigte sich atrophisch, besonders stark an einzelnen Stellen des Vorderhirns; in den erweiterten Ventrikeln fand sich viel Serum; das Ependym war verdickt. Es fand sich keine Veränderung der Ohrknochen.

(Ref. scheint es sehr gewagt, den geschilderten Krankheitszustand des jungen Mädchens ohne Weiteres der allg. Paralyse der Irren zuzurechnen.)

***Hughes*, Ein Fall von allgemeiner Paralyse. — The Alienist and Neurologist. No. 4.**

Verf. theilt den fraglichen Krankheitsfall in unvollständiger und wenig exacter Weise mit, unter besonderer Berücksichtigung der ätiologischen Momente, des raschen Verlaufes und einer vorübergehenden Remission.

Patient, 40 Jahre alt, geborener Amerikaner, erblich belastet, ehrgeizig, sanguinisch-nervösen Temperamentes, betrieb ein Handelsgeschäft mit gutem Erfolge, aber mit dauernder Ueberanstrengung; zugleich Lebemann, verkürzte er den Schlaf, indem er einen Theil der Nacht der Geselligkeit widmete.

Ursächlich ergeben sich folgende Momente: erbliche Anlage, nervöses Temperament, Ueberanstrengung und Minderung des Schlafes, früher überstandene Syphilis, vielleicht auch plötzliche Entziehung des früher gewohnten Opiums.

Die Krankheit soll ganz plötzlich, ohne Vorboten, begonnen haben mit plötzlichem Ausbruch maniakalischer Aufregung — vollstes Wohlgefühl, hochgradige Selbstüberschätzung, gigantischer Grössenwahn. Von körperlichen Erscheinungen wird Sprachstörung, beschleunigte Gefässthätigkeit, Fieber (?), Blasenschwäche, zeitweilige Dysphagie erwähnt; keine direct auf Hirnsyphilis zu beziehenden Erscheinungen wurden wahrgenommen.

Tod 20 Tage nach der ersten ärztlichen Consultation (welche alsbald nach Krankheitsausbruch stattgefunden zu haben scheint), angeblich in Folge von „Lungencongestion". (Von einer Section geschieht keine Mittheilung.)

Drei Tage vor dem Ende trat eine zehnstündige so bedeutende Remission ein, dass Patient ein geordnetes Testament abfassen und mit Verständniss die Sakramente der katholischen Kirche empfangen konnte.

Roscioli, Raffaele, Neurasthenische Psychose unter der Form der paralytischen Geistesstörung. — Il Manicomio, Anno IV, Heft 2.

Verf. hat die interessante und werthvolle Beobachtung gemacht, dass die vielgestaltige Neurasthenie sich zuweilen auch unter dem Krankheitsbilde der allgemeinen Paralyse darstellt.

Sie kann die verschiedenartigsten localisirten Lähmungszustände der allgemeinen Schwäche und Muskelinsufficienz mit psychischer Hemmung bieten und sich dann nur durch ihre kurze Dauer und leichte Ausgleichung unterscheiden; abgesehen hiervon gleicht das ganze Krankheitsbild völlig dem der Dementia paralytica. Dies ist bei der anfangs oft schwierigen Diagnose dieser verheerenden Erkrankung gewiss von grosser practischer Wichtigkeit.

Verf. bezeichnet seine Krankheitsform als „Follia paralytiforme neurasthenica", weil sie das Symptomenbild der paralytischen Störung, aber nicht deren anatomische Veränderungen aufweist; sie ist also von dieser, als rein dynamische Störung, diagnostisch und prognostisch ganz wesentlich zu unterscheiden.

Das Studium der Vorgeschichte, die rasche Entwickelung der Krankheit, das oft noch jugendliche Alter, das fehlende Delirium, der rasche Eintritt acuter Demenz, endlich der schleunige Rückgang aller Symptome sichern die Diagnose dieser Pseudoparalyse.

Wir müssen hier in Anbetracht der Gleichheit der Krankheitserscheinungen die gleiche Localisation in der Rinde des Vorderhirns wie bei der ächten Paralyse annehmen; dagegen ist uns die Qualität der nervösen Veränderungen bei der Neurasthenie unbekannt. Man hat theoretisch eine Störung in der Thätigkeit des Sympathicus, mit Lähmung und Contraction der Gefässe und daraus resultirender localer Anämie und Hyperämie angenommen.

Beobachtung 1. C., 18 Jahre alter Student (mütterlicher Seits Psychosen, väterlicher Seits — Potus), schlecht erzogen, reizbar, wenig intelligent, erkrankte, nach peinlichen Gemüthsaufregungen, Ende December 1885 an folgenden Erscheinungen: Hinderung der freien Bewegung der Zunge mit Gefühl der Formication und Anartrie. Ein Monat später: blitzähnliche Schmerzen in den unteren Extremitäten mit sehr peinlicher Abschwächung der Muskelkraft; häufige Anfälle von Herzpalpitationen mit stetig anwachsender Depression. In der Folge trat die mit Zittern verbundene Schwäche der unteren Extremitäten bald rechts, bald links mehr hervor: desgleichen abwechselnde Schwäche der oberen Gliedmaassen unter der Form der Hemiparese. Parästhesien, Kältegefühl an den Extremitäten. Appetitlosigkeit. Anämie.

Die Intelligenz ging stufenweise zurück; Unfähigkeit sich zu beschäftigen, zu lesen, zu verstehen; Abnahme des Gedächtnisses.

Nach einjähriger Krankheitsdauer: Ungleichheit der Pupillen; stellen-

weise herabgesetzte Sensibilität. Zuweilen mimischer Gesichtskrampf. Sprache schleppend, bis unverständlich; Zunge fibrillär erzitternd. Extremitäten schwach und zitternd; grosse Schwierigkeit des geraden Ganges; durch Schreiben rasche Ermüdung und Unfähigkeit. — Stupides Aussehen; langsame Bewegungen; Gleichgültigkeit; keine Delirien; keine Krankheitseinsicht.

Unter tonischer und hydrotherapeutischer Behandlung, verbunden mit Ergotingebrauch — wesentliche Besserung nach 1, Genesung nach 3 Monaten.

Beobachtung 2. M., 37 Jahre alter Schuster, aus nervöser Familie, fleissig und solide, bestand wegen eines in der Abwehr verübten Todtschlags eine Gefängnissstrafe von 13 Jahren.

Während der letzten Zeit der langen Strafe war M. psychisch deprimirt, schlaflos, körperlich erschöpft und intensiven Anfällen von Kopfschmerz unterworfen.

Nach Strafende hatte er sich wohler gefühlt, fleissig gearbeitet, aber im Weine excedirt. Da wurde er Ende Juli wieder von intensivem Stirnkopfschmerz befallen, gefolgt von Contractionen der Gliedermuskeln, geistiger Verwirrung, blitzartigen Schmerzen in den Beinen und fast völligem Verluste der Sprache (alle Fragen wurden mit einem schleppenden „si" beantwortet) und peinvollem Umhertaumeln. Wesentliche Besserung nach 8 Tagen unter dem Gebrauche kalter Bäder mit bleibender Gemüthsreizbarkeit.

Den 25. August neuer Anfall (nach Genuss einer geringen Menge Rums) — Schwindel, geistige Verwirrung, Verlust der Sprache, Sensationen in den Gliedern, Anfälle von peinlichem Muskeltetanus; Taedium vitae.

Den 31. August in elendem Zustande in die Irrenanstalt aufgenommen: Augen eingefallen, Gang langsam und unsicher, Patellarreflexe aufgehoben, Zunge tremulirend, ihre Spitze nach Links gerichtet, Lippen zitternd, Unfähigkeit zu sprechen; Paresis des linken Facialis, Pupillen erweitert und ungleich, aber reagirend, apathisches Wesen, fast völliges Darniederliegen der intellectuellen Thätigkeit.

Nach einer Woche wesentlicher Rückgang der Krankheitserscheinungen. Bei gutem Verlaufe der vegetativen Functionen glichen sich die psychischen und somatischen Störungen rasch wieder völlig aus und stellte sich klares Krankheitsbewusstsein ein.

(Hydrotherapie, Nux vomica, Ergotin.)

Epikrise: Die Differentialdiagnose stützt sich auf die Mannigfaltigkeit, den raschen Wechsel und das schnelle Aufhören der motorischen Störungen, auf die Anwesenheit neuralgischer Symptome, auf den Mangel an Delirien und mehr Apathie als wirkliche Dementia. Die Sprachstörung ist weder durch amnestische Aphasie noch durch Coordinationsstörung bedingt, sondern durch ächte Glossoparese oder -Paralyse. Die Pupillen

reagiren auf Accommodation und Lichtreiz. Die angstvollen Herzpalpitationen sind ein ächt neurasthenisches Symptom.

Die geschilderte Erkrankung gehört zu der Gruppe der Neurasthenia cerebralis et spinalis, mit deren Varietäten sie viele Symptome gemein hat.

Sgrosso, Augenaffectionen und Sehstörungen bei der allgemeinen Paralyse. — Psichiatria V.

Verf. giebt eine Uebersicht der Augenlider bei 44 Paralytikern. Er betont die grosse Schwierigkeit exacter Untersuchungen bei diesen der Intelligenz beraubten Kranken; er ist nur durch immer wiederholte Versuche in den verschiedenen Krankheitsperioden zu einem Ergebniss gekommen.

Er beschreibt eine eigenartige Conjunctivitis, abhängig von nervösen Störungen in der Conjunctiva palpebrarum; sie liefert ein Secret, welches grosse Aehnlichkeit mit dem der catarrhalischen Conjunctivitis hat; die Schleimhaut ist bläulich-roth gefärbt. Das Leiden tritt in der Spätperiode der Paralyse auf, hat einen fortschreitenden Charakter und hinterlässt keinen charakteristischen autoptischen Befund.

Unter den 44 Kranken waren bei 27 die Pupillen gleich weit, bei 13 ungleich; in 25 Fällen reagirten sie auf Lichtreiz und Accommodation gut, in 15 nur minimal oder gar nicht. In der Mehrzahl der Fälle schwankte der Durchmesser der Pupillen zwischen 2 und 3 mm. Nach Atropin zeigten 33 Fälle stets complete Dilatation, 2 unvollständige aber gleichmässige Erweiterung, 2 eine ungleichmässige Erweiterung; bei 3 trat keine Reaction ein.

In der Regel war in den ersten Stadien des Leidens die Reaction auf beide Arten von Reizen gut; allmälig verschwand zuerst die accommodative Reaction, dann die auf Lichtreiz — bei gleichzeitiger Verengerung der Pupillen und Rigidität des Irisgewebes. In 11 Fällen bestand von Anfang an Pupillendifferenz und blieb unverändert während des ganzen Verlaufes.

Störungen der motorischen Muskeln des Auges wurden nicht beobachtet.

Die Sehschärfe nahm im Verlaufe der Krankheit stets ab; nur 7 Kranke hatten beiderseits volle Sehschärfe; nur 2 solche bis zu ihrem Tode. In einem Falle sollen kleine Buchstaben auf grössere Weite, grosse jedoch nicht auf geringere Entfernung gelesen worden sein — in Folge einer tiefen Aenderung des „Lichtsinnes“ (?).

Der Verlust der Farbenempfindung wird nicht durch Dyschromatopsie, sondern durch die Demenz erklärt. Das Violett verschwindet zuerst, weil es im Leben weniger hervortritt, das Roth zuletzt, weil es allgemein verbreitet und sehr bekannt ist.

Das Gesichtsfeld, das sich nur in wenig Fällen genau untersuchen liess, zeigt sich in den Anfangsstadien normal oder nur wenig eingeschränkt.

Ophthalmoskopisch bestand keine charakteristische Differenz in den einzelnen Stadien. Am häufigsten fand sich ein gewisser Grad von Atrophie der Papille; einmal eine Hämorrhagie der Netzhaut.

Marandon de Montyel, Ueber das „Mal perforant" in der allgemeinen progressiven Paralyse. — L'Encephale. No. 3.

Verf. will nicht die Theorien über die Pathogenese des Mal perforant (ob nervösen, vasculären oder localen Ursprungs) recapituliren, auch nicht seine Symptomatologie erörtern, sondern seine Untersuchung nur darauf richten, ob ein Causalitätsband zwischen der allgemeinen Paralyse und diesem Uebel bestehe und hierauf bezügliche Thatsachen mittheilen.

Er hält das gleichzeitige Auftreten beider Affectionen nicht für so selten, wie im Allgemeinen angenommen wird, indem er in seiner Anstalt allein 5 Fälle festzustellen im Stande war, welche er neben 5 fremden Beobachtungen seiner Arbeit zu Grunde legte.

In zwei seiner Fälle konnte das Uebel vielleicht auf eine gleichzeitig bestehende Tabes, in zwei weiteren auf Alcoholismus, in allen anderen aber nur direct auf die allgemeine Paralyse der Irren bezogen werden; aber auch in letzteren Fällen waren alkoholische Excesse häufig vorausgegangen.

Es handle sich hier entweder um nervöse Läsionen oder um trophische Störungen (gleichwerthig mit der Neigung zu Decubitus, zu Othämatomen, zu Hämorrhagien u. A. m.), wie solche ja häufig im Gefolge der allgemeinen Paralyse auftreten.

Verf. hat bei den meisten seiner Fälle nach einem acuten Stadium im Gefolge des Mal perforant sehr erhebliche und lange Remissionen beobachtet; er bringt diese mit jenem in ursächliche Beziehung; das Fussübel habe hier den gleichen bessernden Einfluss geübt, welchen chronische Eiterungen auf den Verlauf der Paralyse nicht selten ausüben sollen.

Mabille, „Mal perforant" bei einem Paralytiker. — Archives de Neurologie. Juli.

C., Perrückenmacher, seit längerer Zeit alkoholischen Excessen ergeben, führte auf Anstiftung seiner Frau eine Brandstiftung aus und wurde wegen „Unzurechnungsfähigkeit" freigesprochen.

In die Irrenanstalt aufgenommen, zeigte er die Erscheinungen der allgemeinen Paralyse verbunden mit alkoholischem Tremor: geistige Abschwächung mit Gemüthsreizbarkeit, Grössenwahn; Störung von Sprache und Gang, Zittern der Hände, Ungleichheit der Pupillen.

Während der folgenden 3 Monate — rascher Fortschritt der Erkrankung zur Demenz; Unfähigkeit, sich aufrecht zu erhalten; Schwinden der Reflexe; Zerreissen der Kleider.

Im Niveau des linken Metatarso-Phalangeal-Gelenkes entwickelt sich ein grosses tiefes Geschwür mit serös-eitriger Secretion, welches rasch bis zum Knochen vordrang.

Nach viermonatlichem Anstaltsaufenthalte — marantischer Tod.

Die Autopsie ergab die Veränderungen der chronischen Meningo-Encephalitis und ausgesprochene Atherose der Gefässe an der Hirnbasis; Rückenmarksveränderungen wurden nicht aufgefunden.

Epikrise. Das Mal du pied entwickelte sich rasch in einem sehr vorgeschrittenen Stadium der allgemeinen Paralyse. C. war zwar Alkoholiker, aber die Gefässe zeigten am Fusse keine Veränderung. Das Uebel dürfte hier weniger auf trophische, als auf direct nervöse Störungen zurückzuführen sein, ähnlich wie bei der Tabes.

Ferner beweist der mitgetheilte Fall bezüglich der Brandstiftung, dass Paralytiker leicht einer Suggestion im wachen Zustande zugänglich sind.

Minor, Ueber Syphilis und Paralysis progressiva. — Wjestnik psychiat. i nevropath. VI.

Verf. untersuchte 383 Nervenkranke, darunter 260 Israeliten und 123 Russen; unter den 260 Israeliten waren 2 Paralytiker (0,7 pCt.), unter den 123 Russen 6 (4,8 pCt.); während unter Ersteren 11 (4,23 pCt.), unter Letzteren 26 (21,1 pCt.) syphilitisch waren. Somit war durchschnittlich ebenso wohl die Paralysis progressiva als die Syphilis bei den Russen um fünfmal häufiger als bei den Juden vertreten.

Verf. stützt sich weiter auf die Statistiken zweier anderer moskauer Neuropathologen: *Koshewnikow*'s Statistik umfasst 2403 Kranke; von diesen litten 48 an progress. Paralyse, unter welchen 45 pCt. sicher (wahrscheinlich aber sogar 60 pCt.) syphilitisch waren. Unter 347 Israeliten befanden sich nur 3 Paralytiker, von denen 1 sicher syphilitisch war.

Korssakow fand unter 2610 Kranken 69 Paralytiker; bei Letzteren war bei 40 pCt. mit Sicherheit, bei 72 pCt. mit Wahrscheinlichkeit Syphilis vorausgegangen. Unter *K.*'s Kranken befanden sich 89 Israeliten, worunter nur einer paralytisch und zugleich zweifellos syphilitisch war.

Die angeführten Zahlen sprechen schon an sich für die hohe ätiologische Bedeutung der Syphilis in der Entwicklung der progressiven Paralyse. Ausserdem betont Verf. den Umstand, dass Nervenkrankheiten unter den Israeliten ungemein verbreitet seien; wenn nun allgemeine Paralyse durch ähnliche Momente, wie Hysterie, Neurasthenie und functionelle Psychosen bedingt wäre, so müsste sie bei Israeliten ungemein viel häufiger angetroffen werden, als thatsächlich der Fall ist.

Aus der Summe der oben mitgetheilten Beobachtungen ergibt sich, dass unter 4700 Russen 124 Paralytiker = 2,6 pCt. vorkamen; während sich unter 696 Israeliten nur 6 Paralytiker = 0,8 pCt. befanden. Dieses Ver-

halten erklärt sich nur aus der Seltenheit der syphilitischen Infection bei den Juden, die als unbestrittene Thatsache gelten kann und dient als indirecter Beweis für die wichtige Rolle, welche die Syphilis in der Aetiologie der allgemeinen Paralyse spielt.

Mesner, Ueber die Beziehungen der allgemeinen Paralyse zu der Hirnsyphilis. — Archives générales de médecine. Decembre.

Mesner will die allgemeine Paralyse und die Hirnsyphilis durchaus unterschieden wissen. Symptome und Verlauf beider Zustände seien verschieden; erst im letzten Stadium bei confirmirter Demenz sei eine Differenzialdiagnostik nicht mehr möglich. Noch frappanter sei der pathologisch-anatomischen Unterschied; bei der Hirnsyphilis — circumscripte, localisirte Heerderkrankungen, isolirt oder multipele, bei der allgemeinen Paralyse ausgebreitete diffuse Veränderungen des Gehirns. Die Syphilis könne wohl zu der Paralyse prädisponiren durch Abschwächung der Gehirnthätigkeit, nicht aber könne die Paralyse direct specifischen Ursprungs sein.

Ziemssen (München), Die Syphilis des Nervensystems. Vortrag. Münchner med. Wochenschrift. No. 41 u. folgende No.

Es ist statistisch zweifellos festgestellt, dass die allgemeine Paralyse der Irren ungleich häufiger Personen befällt, welche früher syphilitisch waren, als früher nicht inficirte. Die Hypothese französischer Autoren, die auf Syphilis beruhende Paralyse als eine Pseudoparalyse aufzufassen, ist von deutschen Neurologen widerlegt, indem eine Differentialdiagnostik nicht aufgestellt werden kann, auch der für die ächte Paralyse als charakteristisch angenommene Grössenwahn bei der syphilitischen Form ganz wohl auftreten kann.

Ob der Zusammenhang beider Erkrankungen ein direct ursächlicher ist, oder ob die Syphilis nur durch ihren degenerirenden Einfluss auf die Constitution, vorzüglich auf das Centralnervensystem, ähnlich wie Excesse in Baccho et Venere eine höhere Disposition zur Paralyse schaffe, lässt sich zur Zeit nicht entscheiden.

Der mangelnde Erfolg einer antiluëtischen Behandlung beweist Nichts gegen die syphilitische Natur eines Falles von Paralyse, denn diese Behandlung kommt in der Regel zu spät, wie ja auch in anderen Fällen zweifelloser Hirnsyphilis, namentlich in späteren Stadien ausgedehnter Gefässerkrankung die antisyphilitische Therapie nur zu oft ohne allen Erfolg bleibt.

Trotzdem räth *Z.* in allen noch nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen einen Versuch mit der specifischen Behandlung zu machen, zunächst mit Jodkalium und alsdann mit einer energischen Quecksilberkur.

Régis, **Mittheilung über die Beziehungen der allgemeinen Paralyse und der Syphilis. — Gazette médicale de Paris. 23—26.**

Régis, welcher wie die Majorität der französischen Psychiater, der Syphilis als Antecedens bei der Paralyse bisher nur eine geringe Bedeutung zuerkannt hatte, glaubend, dass sie nur zur Pseudoparalyse führen könne, hat nunmehr auf Grund sorgfältiger Beobachtungen seine Ansicht geändert. Er ist jetzt zu dem Resultate gekommen, dass unter den anamnestisch durchsichtigen Fällen (die Anamnese in dieser Richtung ist in öffentlichen Anstalten oft mangelhaft!) — 70—76 pCt. der Paralytiker syphilitisch gewesen seien. Alle von ihm beobachteten paralytischen Frauen (allerdings nur 4) hatten an Syphilis gelitten. Kommt Syphilis und Alkoholismus selten unter der Bevölkerung vor — so ist die Paralyse gleichfalls selten. (So hatte das Asyl von St. Alban bei einem Krankenstande von 190—200 in einem Zeitraume von 10 Jahren nur 10 Paralytische!).

Nach den Beobachtungen des Verf. waren die syphilitischen Paralytiker zumeist gleichzeitig erblich belastet. Er schliesst hieraus, dass in vielen Fällen die Heredität die Prädisposition, die Syphilis die Gelegenheitsursache zur Entstehung des Leidens abgebe.

Die antiluëtische Behandlung muss deshalb in der Regel erfolglos sein, weil die Gewebsveränderungen bereits zu weit fortgeschritten, um irgend einer Behandlung noch weichen zu können.

Die syphilitische Paralyse ist eine wahre, keine Pseudoparalyse, welche weder symptomatische noch anatomische Differenzen aufweist. Allerdings kommen auch bei Syphilitischen der Paralyse ähnliche Psychosen vor, welche durch specifische Behandlung gebessert werden, diese haben jedoch andere anatomische Grundlagen und können als specifische Pseudoparalysen aufgefasst werden.

Parant, **Syphilis und Geistesstörung. — Annal. méd. psychologiques. Novembre.**

Verf., welcher in seinem Aufsatze die Beziehungen der Syphilis zu den Psychosen einer ausgedehnten Besprechung unterzieht, stützt sich hierbei nur auf die englische und amerikanische Literatur (namentlich auf die Verhandlungen des letzten internationalen medicinischen Congresses zu Washington), während ihm die reichhaltigen deutschen Arbeiten über dieses Thema unbekannt zu sein scheinen.

Er erörtert in 4 Kapiteln — die angeborene Geistesschwäche, die einfache Störung, die allgemeine Pseudoparalyse, sowie die ächte Paralyse syphilitischen Ursprungs — wie er solche in der ihm bekannten Literatur niedergelegt gefunden hat.

1. Angeborene Geistesschwäche (Imbecillität oder Idiotie) in Folge von hereditärer Syphilis wird nur sehr selten beobachtet (etwa bei 1—2 pCt. der Idioten). Möglicher Weise ist aber diese Zahl nur deshalb

so klein, weil die meisten hereditär syphilitischen Kinder entweder schon vor der Geburt oder bald nach derselben sterben.

2. Einfache Geistesstörung. Eine specifische einfache Psychose mit charakteristischem Krankheitsbilde existirt nicht; wohl aber kann die Syphilis gerade wie andere Ursachen eine gewöhnliche einfache Psychose erzeugen und zwar entweder (selten) zur Zeit der Ansteckung oder weit häufiger im Verlaufe der constitutionellen Erkrankung. Die noch keineswegs völlig aufgeklärte Art der Entstehung dieser einfachen Psychosen vollzieht sich entweder auf psychischem (Melancholie, Hypochondrie) oder auf direct organischem Wege (durch das syphilitische Virus). Wie sich beide Formen genetisch unterscheiden, so auch pathologisch-anatomisch; in letzteren Fällen ergibt die Autopsie einen specifischen Befund im Gehirn oder wenigstens in seinen Häuten in ersteren — ein negatives Resultat.

Gerade in anfangs leicht verlaufenden Fällen von Syphilis soll des Oefteren später Gehirnluës mit psychischer Störung eintreten.

In manchen Fällen soll die zu einer bestehenden Psychose secundär hinzutretende Syphilis die Erstere verschlimmern.

3. Eine syphilitische Pseudoparalyse, welche der ächten allgemeinen Paralyse der Irren ähnelt, ohne mit ihr identisch zu sein, wird von vielen Autoren geschildert. In solchen Fällen beobachtet man einen regellosen Krankheitsverlauf, partielle Lähmungen und Hemiplegien, häufige und verlängerte Remissionen. Sie sollen anatomisch verschieden begründet sein:

Eine Gruppe beruht auf Heerderkrankungen (Syphilomen), welche durch Compression wirken, durch diese entsteht hartnäckiger Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, Neigung zu Krampfanfällen, Incoordination der Bewegungen, zugleich gemüthliche Reizbarkeit, intellectuelle Abschwächung und Delirien.

Die zweite Gruppe gründet sich auf syphilitische Arterienerkrankung, welche allmählich die Ernährung der betroffenen Gehirnpartien aufhebt (Convulsionen, maniakalische Aufregung, schliesslich Demenz).

Die dritte Gruppe entspricht der „congestiven Form" der Gehirnsyphilis mit diffusen Gewebeveränderungen in den Vorder- und Mittellappen des Gehirns. In diesen Fällen soll ein wechselnder Krankheitsverlauf beobachtet werden; der Grössenwahn sei bescheidenen Inhalts und werde öfters von Verfolgungswahn abgelöst.

Eine scharfe Abgrenzung der falschen von der ächten Paralyse soll aber, namentlich bei der dritten Gruppe, nicht durchführbar sein.

4. Die ächte allgemeine Paralyse wird zweifellos häufig bei Syphilitischen beobachtet. Ueber den ursächlichen Zusammenhang beider Leiden sind die Ansichten getheilt; die Einen stellen einen solchen gänzlich in Abrede, die Anderen nehmen denselben als für alle Fälle erwiesen an, während Dritte endlich der Syphilis eine nur vermittelnde, mehr secundäre Rolle zuerkennen wollen. (Die Neger in Nordamerikas vereinigten

Staaten sollen schon lange sehr stark von der Syphilis, aber erst seit der Emancipation in gleichem Grade von der allgemeinen Paralyse heimgesucht werden.)

Auch über die Entwickelung der anatomischen Grundlage der allgemeinen Paralyse dissentiren die Autoren. Nach der einen Anschauung geht der allgemeine Krankheitsprocess von ursprünglichen localen syphilitischen Heerden, die später wieder verschwinden können, aus, die in der Folge durch Propagation eine allgemeine Degeneration des Gehirnes auslösen. Andere Theorien lassen die Erkrankung entweder auf vasomotorischem Wege entstehen, oder sie nehmen an, dass das durch die Syphilis erschöpfte Gehirn zu eigenartiger Entzündung prädisponirt sei.

Verf. schliesst seinen Aufsatz mit dem Resumé, dass die Arbeiten der letzten Jahre die schwebenden Fragen wenig gefördert hätten. Nur das häufige Zusammentreffen von Syphilis mit Psychosen und namentlich mit der allgemeinen Paralyse sei sicher festgestellt; Alles Andere liege noch mehr oder minder im Bereiche der Theorie. Verf. selbst ist überzeugt, dass ausgesprochen syphilitische Psychosen thatsächlich vorkommen — aber nur selten; ferner ist er der Ansicht, dass die Syphilis bei der allgemeinen Paralyse nur eine accidentelle Rolle spiele und nur bei vorhandener Prädisposition zur Geltung komme.

Siemerling, Zur Lehre von der congenitalen Hirn- und Rückenmarkssyphilis. — Archiv für Psychiatrie XX. No. 1.

Verf. gibt eine sehr eingehende klinische und anatomische Darstellung folgenden Falles, von einer Epikrise gefolgt:

Ein von einem syphilitischen Vater stammendes Kind erlitt, 4 Jahre alt, einen Schlaganfall mit vorübergehendem Sprachverluste und längerdauernder rechtsseitiger Hemiplegie.

Zwei Jahre später wurde Ataxie der oberen und unteren Extremitäten constatirt; gleichzeitig beginnende Opticusatrophie, welche bis zum 11. Jahre zu vollständiger Erblindung führte. Die Intelligenz war normal entwickelt und blieb erhalten. Im folgenden Jahre (1886) — Erbrechen, anhaltende Kopfschmerzen und Schwindelanfälle, später epileptiforme Attaken; Gehen sehr erschwert, mit Schwindelgefühlen verbunden; Ende des gleichen Jahres — Erlöschen des Gehörs; keine ausgesprochenen Lähmungserscheinungen.

In den ersten Monaten 1887 — wiederholte schwere epileptiforme Anfälle mit Verlangsamung des Pulses und Erbrechen; vorübergehende umschriebene Lähmungen, gesteigerte Schwindelgefühle; mürrische, verdriessliche Stimmung, zeitweilige Somnolenz.

Tod am 26. März 1887.

Die Autopsie ergab neben Hydrocephalus internus eine enorme Neubildung gummösen Charakters, vorwiegend an der Basis des Gehirns, welche

sämmtliche hier liegenden Theile des Hirnstammes nebst Kleinhirn, sowie die austretenden Nerven mehr oder weniger geschädigt hatte. Die Geschwulstbildung erwies sich als ein syphilitisches Granulationsgewebe, welches seinen Ausgang von den weichen Hirnhäuten genommen hatte. Charakteristische syphilitische Gefässveränderungen. Syphilitische Infiltration mehrerer Hirnnerven, namentlich der Optici. Am stärksten und ausgedehntesten war die Neubildung an Pons und Medulla oblongata.

Das Rückenmark zeigte vom verlängerten Marke an in seinem ganzen Verlaufe, namentlich im mittleren und hinteren Dorsaltheile, eine stark gummöse Wucherung der Pia mit Uebergreifen auf die Rückenmarkssubstanz selbst und zwar ganz vorwiegend auf die weisse; Nervenfasern theils durch directe Infiltration, theils durch Druck zu Grunde gegangen; Hinterstränge am meisten geschädigt; Gefässe, namentlich Venen, in charakteristischer Weise entartet. (Bezgl. der interessanten Details muss auf das Original verwiesen werden.)

Anderson, Ueber Diagnose und Behandlung der syphilitischen Affectionen des Nervensystems. — The british medical journal. September.

Professor *Anderson* bekämpft einleitend die in England verbreitete Ansicht, dass die meisten Fälle von Syphilis milde verlaufen und zu ihrer Bekämpfung keiner merkuriellen Behandlung bedürften. Gerade die anfangs milden Fälle werden später leicht von Affectionen des Nervensystems gefolgt und sollten deshalb von Anfang an energisch bekämpft werden. Er vermag dies an der Hand von 32 Fällen zu beweisen.

Er lenkt der Reihe nach die Aufmerksamkeit auf folgende Punkte, welche geeignet sind, nervöse Affectionen als syphilitische zu erkennen:

1. Die Geschichte der Infection. Zur Feststellung der Anamnese bedarf es grosser Sorgfalt, denn die frühere Syphilis ist dem Träger nicht selten unbekannt oder von ihm vergessen, oder es sind seit der Infection viele Jahre bis Jahrzehnte vergangen, ehe die Nervensyphilis zum Ausbruche kommt; endlich kann es sich auch um hereditäre Luës handeln.

2. Die Entdeckung früherer Manifestationen der Syphilis. Tritt, was selten geschieht, Nervensyphilis im zweiten Krankheitsstadium auf, so werden die bekannten Haut- und Schleimhautaffectionen nachweisbar sein; kommt sie, wie gewöhnlich, erst im dritten Stadium, so haben wir zu fahnden auf tuberculöse, gummöse und serpiginöse Hautleiden, syphilitische Affectionen in Gaumen und Zunge, Periostitis, amyloide Degeneration innerer Organe.

3. Die Entdeckung von Spuren abgelaufener Syphilis — Narben am Penis und auf der Haut, in Mund und Gaumen, Perforation des Nasenseptums, Atrophie der Testikel, Indurationen oberflächlicher Knochen.

4. Die gegenwärtige oder frühere Anwesenheit von Schmerzen in Gelenken, Knochen oder im Kopfe — namentlich bei nächtlichem Auftreten. Die Kopfschmerzen sind halbseitig oder ganz localisirt, mit Schlaflosigkeit verbunden; auch letztere allein ist verdächtig.

5. Krankhaftes, kachektisches Aussehen — dies um so mehr, je länger das Gift im Körper haftet.

6. Alter und Geschlecht des Patienten. Jugendliches oder wenig vorgerücktes Lebensalter spricht für Syphilis; z. B. Hemiplegie im Alter von 30—40 Jahren — beim Fehlen von Herz- oder Nierenleiden, von Gefässdegeneration oder Kopftrauma. Dagegen treten die auf Syphilis beruhenden epileptiformen Anfälle meist später ein, als die genuine Epilepsie beginnt. Bei Frauen tritt Syphilis weit seltener als bei Männern auf.

7. Der Beruf des Patienten ist insofern von Bedeutung, als die syphilitischen Affectionen der Nervencentren entschieden mehr bei studirten Menschen und bei mit Kopfarbeit Beschäftigten, als bei Handarbeitern auftreten.

8. Die syphilitischen Nervenaffectionen sind in der Regel vielfältig; z. B. Paraplegie und Paralyse von Gehirnnerven; oder — Diplopie gefolgt von epileptischen Convulsionen und nächtlichen Kopfschmerzen, später von Hemiplegie.

9. Variabilität der Erscheinungen; unabhängig von der Behandlung und anderen Ursachen spricht für Syphilis.

10. Bei Hirnsyphilis werden gewisse typische Krankheitsbilder sehr häufig beobachtet, nämlich: a. Psychische Störung mit Epilepsie, incomplete Lähmungen und finales Coma (Gumma im subarachnoidealen Raum der Convexität der Hirnrinde mit secundärer Affection des Gehirns). b. Genuine apoplectische Anfälle mit folgender Hemiplegie, einseitige Reizungen und Lähmungen von Gehirnnerven (Degeneration der Gehirnarterien mit Thrombose, Erweichungsheerde in den motorischen Ganglien, auch Neubildungen an der Hirnbasis.) c. Das Krankheitsbild gleicht dem der allgemeinen Paralyse der Irren, oft in Verbindung mit epileptiformen Anfällen, nächtlichem Kopfschmerz oder mit Betheiligung der Gehirnnerven (Hyperämie der Corticalis der Vorderlappen, Degeneration der Gehirncapillaren etc.).

Bei Affection des Rückenmarkes entsteht das Krankheitsbild der „acuten spinalen Paralyse".

11. Augensymptome beanspruchen grosse Wichtigkeit, wie Augenmuskellähmungen, Affectionen der Cornea und Iris, der Choreoidea und Retina.

12. Syphilitische Affectionen des Nervensystems sind in der Regel nicht von syphilitischen Affectionen anderer Organe begleitet und umgekehrt.

13. Die Resultate der Behandlung sind bei positivem Ergebniss für die Diagnose zu verwerthen, nicht aber bei negativem. (Verf. spricht

bei jedem ernsten Verdachte auf Syphilis einer energischen Quecksilber- oder Jodkaliumbehandlung das Wort.)

Grainger Stewart, Syphilitische Affectionen des Nervensystems. — eodem loco.

Mittheilung eines chronischen Falles von schwerer Hirnsyphilis mit eigenartigen Anfällen von localisirten Muskelkrämpfen bei aufgehobenem Bewusstsein; keine chronische Geistesstörung.

Drummond, David, Gleiches Thema. — eodem loco.

Die Reihenfolge der einzelnen syphilitischen Gehirnprozesse sei der Häufigkeit nach folgende: Meningealerkrankung, zumeist an der Hirnbasis, Arterienerkrankung, allgemein oder localisirt, namentlich an den Sylvi'schen Arterien, Tumoren. Darstellung der Schwierigkeit der Diagnose. Mittheilung von Krankheitsbeobachtungen.

Ross, Gleiches Thema. — eodem loco.

R. bespricht zunächst die syphilitischen Augenaffectionen, erwähnt sodann die Häufigkeit der Polyurie.

Die verschiedenen Krankheitstypen der Hirnsyphilis hängen von verschiedener Localisation des anatomischen Prozesses ab: 1. Erkrankung der mittleren Cerebralarterien — *Jackson*'sche Epilepsie. — 2. Erkrankung der vorderen Gehirnarterien — Somnolenz. — 3. Subarachnoidealaffection im Interpeduncularraum der Gehirnbasis — Somnolenz mit Lähmung einer oder beider unteren Extremitäten und Incontinenz von Urin und Stuhl. — 4. Erkrankung im Subarachnoidealraum des hinteren Randes des Pons oder in der grauen Substanz des unteren Theiles des Pons — Lähmung des sechsten und siebenten Nerven, zuweilen einseitige Taubheit, öfters Neigung seitwärt zu fallen. — 5. Seitenstrangsklerose im Halstheile des Rückenmarks — namentlich bei congenitaler Syphilis. — 6. Sklerose der Dorsal- und Lumbarstränge am häufigsten bei der spinalen Syphilis der Erwachsenen — mit Blasenlähmung und Incontinenz, auch Muskelatrophie und Herabsetzung der Sehnenreflexe. — 7. Periphere Affection der Gehirnnerven.

Clouston, Gleiches Thema. — eodem loco.

Cl. hat 4 Hauptformen syphilitischer Störung bei Hirnsyphilis beobachtet: 1. Kurzes Delirium im zweiten Stadium der Syphilis. — 2. Acute hallucinatorische Manie während der raschen Ausbildung von Syphilomen in der vorderen Hirnrinde mit fortschreitender Erweichung; Tod innerhalb 3 Wochen. — 3. Immoralisches, impulsives Benehmen, langsam zur Dementia fortschreitend, begleitet von Convulsionen und Lähmung, aber ohne Kopfschmerz und Augensymptome. Diese häufigste Form ist bei zeitiger anti-

luëtischer Behandlung heilbar. — Sie beruht auf Arteritis syphilitica. — 4. Verschiedenartige psychische Störungen, von dem ergriffenen Ort abhängig, welche von mannichfaltigen degenerativen Prozessen abhängen.

Robertson, Alex., Gleiches Thema. — eodem loco.

R. betont, dass das Rückenmark mit dem verlängerten Marke oft mehr von der degenerativen Veränderung der Syphilis betroffen werde, als das Gehirn; es kann sich alsdann das Bild der locomotorischen Ataxie entwickeln. Auch kann die centrale syphilitische Erkrankung unter dem Bilde der allgemeinen Paralyse der Irren verlaufen. Die hervortretenden Symptome werden von den ergriffenen Partien abhängen. Sind die motorischen Regionen ergriffen, dann treten *Jackson*'sche Krampfzustände oder Monoplegien ein. — Durch allgemeine systematische Percussion des Schädels zur Auffindung schmerzhafter Stellen könne die Localdiagnose gefördert werden.

Sinclair Coghill, Gleiches Thema. — eodem loco.

C. referirt über einen sehr schweren Fall von syphilitischer Psychose mit maniakalischem Delirium, wuthartiger Aufregung, Dementia, allgemeinem Tremor und Aphasie, welcher nach 2 Jahren unter lange fortgesetztem Gebrauche sehr grosser Dosen von Jodkalium zur Genesung geführt wurde.

Ziemssen (Wiesbaden), Gleiches Thema. — eodem loco.

Z. will die Prognose minder ungünstig gestellt wissen, indem er sehr schwere Fälle von Gehirn- und Rückenmarkssyphilis nicht selten bei energischer, lange Zeit fortgesetzter Schmierkur völlige Genesung finden sah.

Byrom Bramwell, Gleiches Thema. — eodem loco.

Br. spricht sich unter Anderem namentlich auch dafür aus, dass die allgemeine Paralyse der Irren nicht selten auf syphilitischer Basis beruhe.

Naunyn, Die Prognose der syphilitischen Erkrankung des Nervensystems. Vortrag etc. — Neurolog. Centralblatt. No. 13.

Vortragender stützt sich zugleich auf ein grosses eigenes und ein der Literatur entlehntes Material.

Syphilitische Tabes und allgemeine Paralyse nehmen eine besondere Stellung ein; die Prognose scheint hier von der Syphilis ganz unabhängig. Quecksilbercuren sind hier erfolglos (Verf. sah nur einmal in einem Falle von Tabes paralytica nach Inunctionscur eine geringe Besserung).

Bei den anderen specifischen Erkrankungen des Nervensystems ist die Prognose zwar nicht so trostlos, aber immer noch so ernst, dass die Mehrzahl der Fälle specifischer Erkrankung des Centralnervensystems einen ungünstigen Verlauf nimmt; namentlich ist dauernde Heilung sehr selten.

In 10 von den 88 klinischen Fällen *N.*'s fehlte jeder Erfolg; 49 wurden gebessert; 5 starben in der Klinik; 24 wurden geheilt. Aus der Casuistik in der Literatur gewinnt man ein günstigeres Bild, indem von 325 zusammengestellten Fällen 155 (48 pCt.) geheilt, 170 (52 pCt.) nicht geheilt wurden. Dies ist aber offenbar ein zu günstiges Resultat.

Bezüglich der Zeit des Auftretens hebt Vortragender hervor:

Die syphilitischen Affectionen des Nervensystems sind im ersten Jahre nach der Infection am häufigsten und nehmen von da an von Jahr zu Jahr ab.

Die Prognose wird erst nach dem 40. Lebensjahre ungünstiger. Sie ist davon unabhängig, ob zwischen dem Auftreten der Nervenkrankheit und der Infection längere oder kürzere Zeit verstrichen ist. Sie wird günstiger, wenn alsbald nach dem Auftreten der Affection die Behandlung begonnen wird; sind aber die ersten 4 Wochen unbenutzt verstrichen, so wird sie durch längeres Zuwarten nicht noch ungünstiger.

Die Form der Erkrankung beeinflusst wesentlich die Vorhersage Epilepsie, Schwindel, Erbrechen und Erregungszustände, neuritische Affectio nen sind viel günstiger, als die Formen mit Lähmung und die schweren diffusen und gemischten Formen.

Wo ein gutes Resultat erreicht wird, beginnt stets die Besserung bereits in der ersten oder zweiten Woche der antiluëtischen Behandlung; diese muss stets eine energische sein.

Moravcsik, **Hysterische Symptome bei syphilitischen Veränderungen des Gehirns. — Centralblatt für Nervenheilkunde etc. No. 20.**

Verf. theilt folgenden, selbst beobachteten, Krankheitsfalll mit:

M. D., 44 J. alte verwittwete Friseurin, von einem an Convulsionen leidenden Vater abstammend, regelmässig menstruirt, leichtsinnig und leicht erregbar, war nach ihres Mannes Tod längere Zeit Prostituirte und hatte Syphilis erworben.

Sie litt seit August 1885 häufig an heftigen Kopfschmerzen und Schwindelgefühlen, verbunden mit der Furcht, irre zu werden, an Harndrang, später an Anästhesie der linken Stirnhälfte. Die Inguinal- und Halsdrüsen waren infiltrirt.

Im December war die linke Pupille dilatirt, der linke Facialis weniger erregbar, an den Händen bestand Tremor; Motilität ungestört; Stimmung labil; Benehmen kindisch; Auffassung beschränkt. (Jodkalium.)

Seit Januar 1886: Heftige Kopfschmerzen, weinerliche Stimmung, nächtliche Verworrenheit. Linke Kopfhälfte anästhetisch, mit gesteigerter elektrischer Erregbarkeit. Erbrechen.

Während der folgenden Monate: Heftige Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, hochgradige Empfindlichkeit der Rücken- und Armmusculatur. Weiter: starker Tremor und rhythmische Zuckungen der rechten oberen Extremität, verminderte Empfindlichkeit und Motilität der linken Gesichts-

hälfte, schwerfällige Sprache. Nächtliche Unruhe mit Amnesie, Hallucinationen. Später: hartnäckiger Durchfall und zuletzt rechtsseitige Pneumonie, Decubitus; Tod im Collaps den 24. Juni.

Die Section ergab: Gumma syphilit. insulae Reillii dextrae, Gumma partis posterioris sinistrae. Periencephalitis ex leptomeningitide chronica. Cystitis chronica etc.

Das Mikroskop enthüllte das Bild der Encephalitis syphilitica in verschiedenen Stadien; charakteristische Gefässveränderungen; Anhäufung lymphoider Zellen; Verminderung und Difformität der Nervenzellen mit Körnchenzerfall und Pigmentatrophie. Die Veränderungen waren am meisten ausgeprägt in der motorischen Zone der Grosshirnrinde und im Ammonshorn; auch in der Rinde des Kleinhirns waren solche nachzuweisen.

Epikrise: Die diffuse Affection der Hirnrinde erklärt die Vielfältigkeit der beobachteten Symptome, die verschiedenen Stadien des Entzündungsprocesses — deren allmäliges Anwachsen und Andauern. Zuerst kamen die Erscheinungen der Hyperämie, dann die Folgen der materiellen Veränderungen der Nervenelemente — partielle Lähmungen, psychische Abnahme, schliesslich ausgesprochene Geistesschwäche. Die Atrophie des Ammonshorns wird mit den epileptiformen Anfällen in Verbindung gebracht.

Mit Recht betont Verf. die Schwierigkeit der Diagnose einer syphilitischen Gehirnkrankheit auf rein cerebral-symptomatologischer Grundlage — wir bedürfen zu ihrer festen Begründung in der Regel noch der Anamnese, der Anderweits im Organismus sichtbaren Spuren der Syphilis, unter Umständen auch noch der Erfolge einer antisyphilitischen Behandlung.

Ob aber die im ersten Stadium beobachteten Krankheitserscheinungen trotz des vom Verf. betonten des Bunten und Launenhaften so ohne Weiteres als „hysterische Symptome" bezeichnet werden können, darüber kann man aus der Krankengeschichte auch eine andere Auffassung gewinnen.

Neudörfer, Die Syphilis. — Wiener klinische Wochenschrift. No. 36 u. folgend.

Verf., welcher in einem grösseren Aufsatze die Prognose der Syphilis stets für zweifelhaft hält, indem dieselbe in etwa 5 pCt. spontan heile, in 80 pCt. durch sachverständige Curen günstig beeinflusst werde, dagegen in 10 bis 15 pCt. jeder Behandlung trotze, theilt mehrere Fälle mit, welche trotz von Anfang an vorgenommener sachverständiger antiluëtischer Therapie unaufhaltsam zu unheilbaren Formen von Rückenmarks- und Hirnsyphilis, zum Theil unter dem Krankheitsbilde der allgemeinen Paralyse der Irren, führten.

Fletcher Beach, Ueber ungewöhnliche Ursachen der Imbecillität. — American journal of insanity. Juli.

Verf. bespricht unter den ungewöhnlichen Ursachen der Imbecillität

auch die Syphilis der Eltern, welche er nur in etwa $^1/_2$ pCt. der Fälle erwähnt fand. In solchen Fällen erzeuge die Syphilis bald eine chronische Entzündung der verschiedenen Hirnhäute, bald eine Verdickung und Entartung der Arterienwandungen.

Es wird ein Krankheitsfall zum Belege angeführt: ein 11jähriger Idiot, von einem luëtischen Vater abstammend, mütterlicherseits erblich zu Nervenkrankheiten prädisponirt, bot bei der Autopsie den Befund einer diffusen chronischen Meningitis.

Todi, Zur Aetiologie der progr. Paralyse. — Arch. ital. per le malatie nervose. XXV. 3.

T. behandelt, ohne wesentliches Neues zu bringen, die Frage nach der überwiegenden Zahl männlicher Paralytiker und nimmt u. a. an, dass die grössere Immunität der Frauen durch den derivatorischen Einfluss der menstrualen Vorgänge auf die emotiven Circulationsstörungen im Gehirn bedingt sei. *Kurella.*

---

9. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein.

Referent: Stark-Stephansfeld.

Bourneville et *Bricou*, Epilepsia procursiva. — Arch. de Neurol. Sept. Nov.

VI. Ein erblich belasteter Knabe erkrankte im 2. Jahre an linksseitigen Convulsionen mit nachfolgender linksseitiger Lähmung. Im 12. Jahre traten procursive Anfälle ein. Später nahm die Intelligenz zunehmend ab, während die Lähmung zunahm. Anfälle von Kopfschmerz mit Erbrechen. Der Kranke wurde unrein und starb im 17. Jahre in einem Anfalle.

Section. Persistenz des Ductus Botalli und des Thymus. Adhärenzen der Dura, Atrophie des Grosshirns, besonders der rechten Hemisphäre, Verdickung der Pia. Atrophie des rechten Grosshirnschenkels, der rechten Brückenhälfte, der rechten Pyramide und der linken Olive. Secundäre Degeneration des Rückenmarkes. Mikroskopisch fanden sich in den atrophirten Theilen die Zeichen chronisch encephalitischer Processe.

Den beiden letzten Beobachtungen, welche Veränderungen am Kleinhirne darboten, stellen Verff. eine Beobachtung von *Meschede* zur Seite (Epilepsie mit Zwangsbewegungen und Zwangsvorstellungen und Sklerose einer Kleinhirnhemisphäre. *Virch.* Arch. 1880). Sie vermuthen, dass die Procursiv-Anfälle, gewisse Manegebewegungen und Rotationserscheinungen von einer Affection des Kleinhirns abhängen. Schon *Luys* und *Voisin*

hatten auf Veränderungen des kleinen Gehirns und der Kleinhirnstiele bei Epileptikern hingewiesen, doch zeigte keiner ihrer Fälle procursive Erscheinungen.

Die Prognose ist schwer, denn den procursiven Anfällen folgten immer rein epileptische. So lange nur procursive Anfälle vorhanden sind, leidet die Intelligenz nicht.

Was die Physiologie und Aetiologie der procursiven Bewegungen anbetrifft, so machen Verff. die Coordination von dem mittleren Kleinhirnlappen abhängig, welcher in dem einen Falle theilweise atrophirt war. Die Rotationsbewegungen beziehen sie auf die Affection der Kleinhirnstiele, die spätere Epilepsie auf secundäre Veränderungen, besonders in der Brücke.

Eine Behandlung der procursiven Anfälle gibt es nicht, nur die consecutive Epilepsie lässt sich behandeln.

Bourneville, Die Temperatur im Status epilepticus. — Progr. méd. 1887. No. 35.

Auch diese Arbeit *B.*'s richtet sich gegen die Ansicht *Witkowski*'s, dass Temperatursteigerungen beim Stat. epilepticus nicht vorkämen. Verf. fasst seine Beobachtungen zusammen: Der Stat. epilepticus setzt sich zusammen aus einer fast unaufhörlichen Wiederholung epileptischer Anfälle; aus einem schweren Collaps und schliesslich Coma; aus einer vorübergehenden oder dauernden Hemiplegie; aus der Frequenzerhöhung von Puls und Respiration und ganz besonders aus der sehr beträchtlichen Steigerung der Temperatur. Man kann beim Stat. epilepticus zwei Perioden unterscheiden, die convulsivische und meningitische; in der letzteren erfolgt der Tod. Oft besteht aber der Stat. epilepticus nur aus der ersten Periode. Dann kehrt trotz ansteigender Temperatur bis auf 41° das Bewusstsein wieder, der Kranke genest. *B.* bleibt dabei stehen, dass die Hyperthermie das Wesentliche beim Stat. epilepticus darstellt, gibt mannigfache Curven, eine neue, noch nicht veröffentlichte Krankengeschichte und verspricht eine längere Arbeit über diesen Gegenstand in den Archiv. de Neurologie. *S.*

Lemoine, Die Temperatur bei isolirten epileptischen Anfällen. — Progr. méd. No. 5.

Bestätigung der *Bourneville*'schen Behauptung, dass isolirte epileptische Anfälle die centrale Temperatur in die Höhe zu treiben pflegen, durch 182 Einzelbeobachtungen, die im Asile de Bailleul angestellt worden sind. Die Steigerung ist im Allgemeinen nicht sehr bedeutend, schwankt zwischen $^1/_{10}$ und $1^1/_2$°. — In einer Nachschrift *Bourneville*'s wird auf den Werth der Temperatursteigerung im epileptischen Anfall als Unterscheidungsmittel der wahren von der simulirten Epilepsie aufmerksam gemacht, auch ein belgischer Arzt, Dr. *Gottardi*, hätte dieses Merkmal bei seinen auf diese Frage hin gerichteten Untersuchungen verwerthet. *S.*

***Bourneville* und *Sollier*, Epilepsie und Asymmetrie des Gesichts. — Progr. méd. No. 36.**

Délasiauve und *Lasuègue* hatten die Aufmerksamkeit auf das constante Zusammentreffen von klassischer (idiopathischer) Epilepsie mit einer Asymmetrie des Gesichts gelenkt. Die beiden Verfasser haben diese Thatsachen in dem Hospital Bicêtre, welches über eine grosse Menge von epileptischen Kranken verfügte, nachprüfen lassen. Die Resultate sind in einer These von *Pison* veröffentlicht. Auf Grund einer sehr exacten craniometrischen graphischen Methode ist es möglich gewesen, eine wirklich frontale oder faciale oder fronto-faciale Asymmetrie des Gesichts und zwar an Gypsabgüssen von Schädeln Verstorbener, die an Epilepsie gelitten, festzustellen. Unter 30 so beobachteten und untersuchten Fällen haben die Verfasser nur ein einziges Mal die Existenz einer Asymmetrie vermisst. Da sich dieselbe auch bei Patienten fand, die in einem Alter standen, in dem die Consolidation des Schädels noch nicht vollendet ist, so darf man die Schädelasymmetrie nicht als die Ursache der epileptischen Erkrankung ansehen, sondern man ist eher berechtigt, sie als die Folge der fehlerhaften und ungleichen Entwickelung der beiden Hemisphären zu betrachten, besonders da man häufig genug bei Epileptischen auch eine Ungleichheit in den Gewichtsverhältnissen der beiden Hirnhälften findet. *S.*

***Marie, P.*, Zur Aetiologie der Epilepsie. — Progr. méd. 1887. No. 44.**

Die theoretischen Erwägungen *Marie*'s über die Aetiologie der idiopathischen Epilepsie kommen zu dem Schluss, dass wohl der hereditären Belastung eine gewisse Rolle bei der Entstehung dieser Krankheit zugesprochen werden müsse. Aber *M.* behauptet, dass wenn nicht irgend eine Allgemeinerkrankung — Infectionskrankheiten, Puerperium, Syphilis — auf die nervösen Centralorgane oder deren Adnexa schädlich eingewirkt habe, auch die Gehirne von Belasteten nur sehr schwer epileptisch werden könnten. *S.*

***Lemoine*, Zur Pathogenie der Epilepsie. — Progr. méd. No. 16.**

Verf. schliesst sich der Meinung *Marie*'s an, dass zwischen der Entstehung epileptischer Anfälle und den Infectionskrankheiten des Kindesalters ein gewisser ursächlicher Zusammenhang bestehe und dass der Heredität mehr eine prädisponirende Rolle zufalle; er stützt seine rein theoretischen Erwägungen auf einzelne eigene und eine grössere Menge fremder Beobachtungen. Nach *L.* sind die epileptischen Convulsionen das Resultat von disseminirten Läsionen, welche in den Nervencentren durch pathogene Stoffe oder Mikroorganismen gesetzt und meist schon vernarbt sind, wenn die Epilepsie einsetzt. *S.*

Robertson, Beobachtung über Pathologie und Behandlung der Epilepsie. — Medico-chirurg. Societ. of Glasgow. 1888. Jan. 13.

Zum Studium der Ursachen der Epilepsie sind nach dem Vorgange *Jackson's* die initialen Symptome mehr zu beachten. Dieselben variiren ebenso wie der primäre Sitz der Erkrankung in den verschiedenen Fällen. Die *Jackson'sche* Epilepsie entstehe durch Läsionen des Rindengraus, doch sei bei der allgemeinen Ausbreitung derselben späterhin auch Pons und Medulla alterirt. Die halbseitigen vorübergehenden Paralysen nach den Anfällen beruhen auf temporärer Erschöpfung der Centren; schwindet die Lähmung nicht nach einigen Tagen, so handle es sich um punktförmige Ecchymosen in Hirnrinde, wie sie auch im Gesicht mitunter nach schweren Anfällen eintreten. Die Centren der Rinde, µm die es sich handelt, seien nur motorische Conductoren für combinirte Bewegungen. Heilung allgemeiner Epilepsie durch Entfernung der peripherischen reizenden Ursache will *R.* nie beobachtet haben, wohl aber Besserung; an Heilung wäre zu denken, wenn die Ursache nicht früher entfernt wird, bevor secundäre organische Läsionen in den Centralorganen entstanden seien, die dann durch die Entfernung der primären peripherischen Ursache nicht mehr beeinflusst werden könnten. *S.*

Brubacker, Zahnschmerzen als Ursache für Epilepsie. — Journ. of nervous and ment. disease. Februar.

Einem 9jährigen nicht neuropathisch belasteten Mädchen wurden im Mai 1886 drei cariöse Zähne wegen heftiger Zahnschmerzen entfernt. Am selben Abend erlitt sie den ersten epileptischen Anfall ohne sonstige bekannte Veranlassung. Seitdem wiederholten sich echte Krampfanfälle 2 bis 3mal in der Woche. Im October 1886 wurde Pat. deshalb einer Klinik übergeben und hier mit verschiedenen Antiepilepticis — Extr. Cannabis, Bromnatrium, Infus. Digitalis — ohne jeden Erfolg behandelt. Im Februar 1887 klagt Pat. wieder über heftige Zahnschmerzen und da sich noch ein cariöser Zahn im Unterkiefer vorfand mit entzündlichen Processen in seiner Nachbarschaft, wurde er entfernt. Seitdem bis zum Schluss der Beobachtung — am 19. November 1887 — ist keine Andeutung eines epileptischen Anfalles mehr beobachtet worden. — Verf. theilt dann 15 analoge Fälle aus der Literatur mit, in denen unmittelbar nach der Beseitigung entzündlich-cariöser Processe an den Kiefern dauerndes Ausbleiben früherer epileptischer Anfälle erzielt wurde, und empfiehlt dringend, stets eine derartige Aetiologie im Auge zu behalten. — *S.*

Rivano, T., Die Ausscheidung von Phosphor durch den Urin bei Epileptischen. — Annal. di Freniatr. Mai.

Verf. untersuchte die schon öfters bearbeitete Frage, ob eine Aenderung in der Phosphorausscheidung durch den Urin im Anschluss an den

Eintritt epileptischer Krampfanfälle zu beobachten sei, von Neuem. Bekanntlich waren die einzelnen Autoren zu verschiedenen Folgerungen gelangt. Da die Versuchspatienten des Verf. unter sonst gleichen Verhältnissen in derselben Irrenanstalt verpflegt wurden, so war die in der Nahrung aufgenommene Menge von Phosphor bei allen als fast gleich gross zu betrachten; auch wurde stets der Urin von vollen 24 Stunden untersucht und mehrere Tage hintereinander. Tage, an denen im Verlauf eines Krampfanfalles Urin unfreiwillig entleert worden war, wurden bei der Feststellung der Mittelwerthe nicht berücksichtigt. Im Uebrigen bestimmte Verf. zunächst die Gesammtphosphorsäure und dann die Menge der an „Erden" gebundenen Säure, während die an Alkalien gebundene Säure berechnet wurde.

Die Hauptresultate seiner Untersuchungen an 6 Epileptikern sind folgende:

1. Die Harnstoffausscheidung ist an Anfallstagen stets vermehrt, im Mittel um 9 pCt. mit den Extremen 2 pCt. und 20 pCt.

2. Die Gesammtphosphorsäure ist an Anfallstagen constant und zwar um circa 33 pCt. vermehrt.

3. In der überwiegenden Zahl der Fälle ist es die gesteigerte Ausscheidung der an Erden gebundenen Phosphorsäure, welche die Gesammtmenge der P_2O_5 an den Anfallstagen vermehrt.

4. Die Ausscheidung des Harnstoffs und der Phosphorsäure wird auch durch den Eintritt von Schwindelanfällen gesteigert.

5. Albuminurie ist niemals Folge eines epileptischen Anfalls.

S.

***Oliver*, Der epileptische Anfall. — Brain. October.**

Verf. bietet in vorliegender Arbeit eine durch eine grosse Anzahl von Beobachtungen illustrirte Abhandlung über die einzelnen Symptome des epileptischen Anfalls. Die Bewusstlosigkeit, die meist eine vollständige ist, kann in ihrer Intensität sehr schwanken und kommen jegliche Uebergänge von voller Bewusstlosigkeit bis zu voller Klarheit vor. Bei Anfällen von petit mal wird häufig beobachtet, dass der Kranke in grader Richtung vorwärts läuft und zwar mit starkem Impetus, bis er an Hindernisse anstösst; ebenso ist es, wie bekannt, nicht selten, dass die Kranken sich entkleiden; eine Pat. *Oliver*'s entkleidete sich jedesmal und legte sich in's nächste beste Bett, stets gleichgültig, ob sie in ihrem eigenen oder in einem fremden Hause war. Der initiale Schrei ist nach *O.* nicht besonders häufig; er entsteht dadurch, dass die Lungenluft gewaltsam durch die enge Glottis gepresst wird. Er soll nach *O.* bei Rechtshändern nur vorhanden sein, wenn die nervöse Entladung, wie aus den Symptomen ersichtlich, an der linken Hemisphäre. Bei Linkshändern sei das umgekehrt. Bei klassischen Anfällen beginnt der Anfall in einer Oberextremität, dann folgt die entsprechende Unterextremität, hierauf die andere Unterextremität und zuletzt

die zweite Oberextremität. Urinentleerung kann auch bei petit mal vorkommen, wenn der Pat. bei vollem Bewusstsein ist, die Entleerung merkt, aber sie nicht hindern kann. Die Entleerung ist also eine spastische. Die Pupillen sind in seltenen Fällen entgegen dem gewöhnlichen Befunde sehr verengt. *S.*

***Pohl, R.*, Ueber das Zusammenvorkommen von Epilepsie und originärer Paranoia. — Prager medic. Wochenschr. No. 35.**

Mittheilung von Fällen. — Im 1. Fall entwickelt sich Paranoia bei Epilepsie aus den acuten psychisch-epileptischen Zuständen der Kranken allmählich. Der zweite Fall betrifft das Vorkommen von Epilepsie originärer Paranoia und Schädelasymmetrie. *S.*

***Finlay*, Epileptisches Irresein. — The Glasgow med. Journ. No. 3.**

F. stellte Beobachtungen bei 32 Fällen von Epilepsie an. Alle zeigten mehr oder weniger Störungen der psychischen Functionen. Abgesehen von den angeborenen Anomalien schwankte das Eintreten der ersten psychischen Abnormitäten zwischen 2—34 Jahren nach dem ersten Krampfanfall. Bei erblich Belasteten war die geistige Störung nicht stärker und inniger mit der Epilepsie wie bei Nichtbelasteten. Reizbarkeit, impulsives Wesen und Gedächtnissschwäche zeigten sich am häufigsten, ebenso Frömmelei und Beten. Die Erscheinungen der larvirten Epilepsie zeigten viel Aehnlichkeit mit periodischer Manie und Somnambulismus. Aura war in 13 Fällen vorhanden, fehlte bei 12, sie war bald allgemein, bald visceral oder pneumogastrisch, bestand bald in Schwindel, Kopfschmerz, Hyperästhesie der Sinnesorgane, bald in psychischen Abnormitäten. 19 Fälle stammten aus belasteten Familien, bei 9 war Epilepsie vorausgegangen, bei 3 Irresein, bei 4 Epilepsie mit Irresein, in 2 Trunk. Acute Leiden sistirten die Anfälle oder setzten sie vorübergehend an Zahl und Häufigkeit herab. In 21 Fällen fand sich Eiweiss im Urin; es nahm in den Fällen, wo es sich unabhängig vom Anfall zeigte, zur Zeit der Anfälle zu. Kniephänomen bei 29 Fällen gesteigert, fehlte zeitweise bei 2 und war normal bei 1. Fussclonus zeitweise bei 23 Fällen. Bei manchen Kranken schwand das Kniephänomen vorübergehend nach dem Anfall, während der Fussclonus einige Minuten bis Stunden nach dem Anfall deutlich wurde. Brompräparate wurden bei 29 Fällen angewendet; in 11 blieben die Anfälle während des Gebrauches fort, in 17 verminderte sich ihre Zahl, 1 mal war kein Erfolg. Ohne Erfolg wurde Antimon und Antimon mit Aconit, sowie auch Arsen angewendet. Zinc. sulphur. nicht zu empfehlen; Borax bewährte sich bei 5 von 6 Fällen. Chloral schadete. Chloral mit subcutanen Ergotininjectionen bei den epileptiformen Anfällen der Paralytiker von gutem Erfolg. — Verf. behauptet, es beständen bestimmte Beziehungen zwischen Epilepsie und Geistesstörung, die nervöse Störung sei nicht auf die höheren

Centren beschränkt, sondern greife auf die Gangliencentren der tieferen Reflexe über. *S.*

Unverricht, **Die Beziehungen der hinteren Rindengebiete zum epileptischen Anfall. — Deutsch. Archiv f. klin. Medic. Bd. 44. Heft 1.**

Verf. berichtet über einige Experimente, welche angestellt waren um zu erforschen, welche Rolle die hinteren Rindengebiete bei dem Zustandekommen und bei der Fortentwickelung des Krampfanfalles spielen. Im Anschluss daran bespricht er dann die einschlägige Literatur.. Nach Verf.'s Ansicht gestattet die Zahl der vorliegenden Beobachtungen noch nicht mit aller Schärfe ein Bild für die von den hinteren Rindengebieten ausgelösten Anfälle zu zeichnen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass Hemianopsie und Convulsionen die Hauptzüge desselben darstellen und dass vielleicht die Anfälle wie beim Thierexperiment durch nystagmusartige Augenbewegungen eingeleitet werden. Dass aber die hinteren Rindengebiete durch eigene Erregung einen epileptischen Anfall auslösen können, dass ihnen epileptogene Eigenschaften innewohnen, dass diese Erregung durch Fortpflanzung auf die motorischen Rindenpartien zu allgemeinen Muskelkrämpfen führen kann, ohne dass man auf die so beliebte Erklärung durch Fernwirkung zu recurriren braucht, scheint Verf. aus den bis jetzt vorliegenden klinischen Thatsachen unabweislich hervorzugehen. *S.*

Glasmacher, **Fall von Epilepsie, Erstickungsanfall, Tracheotomia superior. — Deutsche militärärztliche Zeitschrift. XVII. Heft 9 u. 10.**

Ein Soldat bekommt im Manöver während des Mittagessens einen plötzlichen epileptischen Anfall. Der Mund ist mit Speisen gefüllt, der Kehlkopf in Folge davon zweifelsohne abgesperrt; es tritt Erstickungsgefahr ein. In Ermangelung chirurgischer Instrumente macht Verf. mit einem Federmesser die Tracheotomie. Es kommt zu heftigem Erbrechen; der Zugang zum Kehlkopf wird dadurch wieder frei. Die Wunde heilt rasch und ohne Störung. — Der Pat. erzählt später, dass er einige Zeit vorher einen Ohnmachtsanfall gehabt habe, der schnell vorüberging. An dem Morgen vor dem Erstickungsanfall habe er sich nicht wohl gefühlt; wegen Appetitmangel ass er wenig; während des Essens sei er nicht bewusstlos geworden. Verf. nimmt deshalb an, dass Pat. direct nach dem Essen einen epileptischen Anfall bekam und das Hineingelangen von Speisen in den Kehlkopf nicht auf dem directen Wege stattfand, sondern in der Weise wie *König* schildert: „Bewusstlose Menschen, z. B. trunkene, betäubte, durch Chloroform narkotisirte, bekommen, während sie auf dem Rücken liegen, Erbrechen. Meist halten sie dabei die Zähne fest geschlossen und oft sammeln sich grosse Mengen von Speisen oberhalb der

Glottis an, welche entweder einfach durch mechanischen Druck bei mangelnden Reflexbewegungen von Seiten der Glottis die letztere verschlossen halten, oder die Glottis eröffnet sich, und bei einem jetzt folgenden inspiratorischen Act werden grosse Mengen des Breies in den Kehlkopf aufgenommen. *S.*

***Bernays*, Ueber die Ligatur der Arter. vertebralis bei drei Epileptikern. — Congr. d. deutsch. Gesellschaft f. Chirurg. 1888. Deutsch. medic. Wochenschr. No. 17.**

Alexander in New-York hat diese Unterbindung bei 21 Epileptikern ausgeführt, in 3 Fällen erzielte er Heilung, in 9 Besserung, in weiteren 9 keinen Erfolg. *B.* hat die Operation dreimal gemacht, jedesmal schwanden die Anfälle auf einige Monate, kehrten dann aber ebenso häufig wie früher wieder. Die Operation ist schwierig wegen der tiefen Lage des Gefässes, gefährlich wegen der Nähe des grossen Venenplexus zu Seiten der Wirbelsäule, wegen der Nähe der Pleura und der grossen Halsgefässe. Nach der Ligatur stieg die Pulsfrequenz constant auf 140 Schläge und mehr, um nach 14 Tagen wieder normal zu werden. Ob es sich hierbei um Reizung des Halssympathicus bei der Operation oder um Ernährungsstörung der pneumogastrischen Centren durch die Ligatur handelt, ist nicht zu entscheiden. *B.* erklärt nach seinen Erfahrungen von der Operation nur abrathen zu können. *S.*

***Hughes, C. H.*, Wässrige Lösung der Bromsalze bei Epilepsie. — Medic. Standard. Novemb.**

Lebhafte Befürwortung die Bromsalze nur in reichlichem Wasser gelöst anzuwenden oder auch mit Milch. Es würden dadurch Magenbeschwerden verhindert, sowie auch eine Erregung des Centralnervensystems verhütet. *S.*

***Niermeyer*, Behandlung der Epilepsie mit dem constanten Strom. — Weekl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk. 1888. II.**

Verf. hat in 3 Fällen von Epilepsie Heilung durch eine eigenthümliche locale Anwendung des constanten Stromes auf's Gehirn in Verbindung mit mässigen Dosen von Bromnatrium erzielt. Dass letzteres nicht die Heilung bewirkt habe, gehe daraus hervor, dass die täglichen Gaben nur klein (5 g) waren, und dass die Patienten schon Jahre lang vorher Brompräparate ohne jeden Nutzen gebraucht hatten. Eine Stromstärke von $\frac{4—8}{18—25}$ ist anzuwenden, welche theils auf's ganze Gehirn, theils besonders auf die Gyri centrales zu wirken hat [Pat. hat eine Electrode (Ka) in der Hand, die andere ist labil am Vorderhaupt, oder der Strom geht diagonal von der stabilen Electrode im Genick zur labilen am Vorderhaupt, oder die

Anode befindet sich stabil in der Gegend der Gyri centrales beiderseits nach einander]. Die Behandlung dauerte stets mehrere (bis 10) Monate. Die eine Pat. ist seit 2 Jahre 3 Monaten ohne jeden Anfall, eine zweite hat in 25 Monaten seit der Behandlung 2 Anfälle (vorher in 13 Monaten 14 Anfälle) gehabt, die dritte, welche 3—4 Anfälle pro die gehabt hatte, zählte zuletzt eine freie Zeit von 7 Wochen. Verf. räth daher entschieden den constanten Strom in der Therapie der Epilepsie fernerhin mehr anzuwenden, wozu allerdings die 3 beobachteten Fälle sehr ermuthigen.

S.

Féré, Beitrag zum Studium der Erschöpfungsphänomene nach epileptischen Anfällen. — Verhandlungen der Société med. des Hôpitaux. 27. Juli.

Bekanntlich beobachtet man nach epileptischen Anfällen ziemlich häufig Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen von verschiedener Dauer und Intensität, und zwar um so mehr, je ausgesprochener der Spasmus in den betreffenden Extremitäten zuvor gewesen war. Diese Störungen beschränken sich nicht immer nur auf die betreffenden Extremitäten, sondern befallen auch häufig die Zunge, die Augen, die Respirationsmuskeln etc. Gleicherweise beobachtet man verschiedene Störungen in der Circulation, insbesondere Verminderung des arteriellen Blutdruckes. Um die Intensität dieser Symptome zu messen, hat *F.* entweder unmittelbar nach oder in der Zwischenzeit zwischen 2 Anfällen mehreren Patienten 0,007 g Pilocarpin subcutan eingespritzt und hierauf eine weit langsamere und geringere Wirkung des Alcaloids zu beobachten Gelegenheit gehabt als im normalen Organismus. Leider ist diese Modification in der Wirkung nicht constant genug, um aus ihr retrospectiv-diagnostische Schlüsse auf die epileptische oder hysterische Natur eines Anfalles zu ziehen; wenigstens beobachtete sie Verf. auch bei einem hysterischen Anfall. Weiter ergibt sich aber aus den Versuchen, dass das Pilocarpin nicht, wie man bisher annahm, den Blutdruck vermindert, sondern ihn ihm Gegentheil steigert. *S.*

Sepilli, Die diagnostische Bedeutung der partiellen Epilepsie. — Rivista speriment. di freniatria. XIII. 3.

S. hat in den Jahren 1886 und 87 in der Irrenanstalt zu Imola bei 4 Paralytikern vereinzelte, heftige Anfälle ausgesprochener *Jackson*'scher Epilepsie gesehen, und die betreffenden Gehirne p. m. untersucht. Im ersten Falle handelte es sich um conjugirte Deviation der Bulbi, nach links am Monospasmus facialis der linken Seite und linksseitige Cloni; auch im zweiten Fall traten nur clonische, fast nur auf die linke Seite des Gesichts und den linken Vorderarm beschränkte Convulsionen unter conjugirter Deviation der Bulbi nach links auf; zeitweis waren nur einzelne

Muskeln (pectoralis maj., cucullaris) von rhythmischen Cloni befallen. Das Symptom der Drehung von Kopf und Augäpfeln nach der Seite der Convulsionen fand sich auch im dritten Fall, in dem auf der linken Seite das Facialisgebiet, der Unterarm und die Hand Sitz rhythmischer Cloni waren. Im vierten Fall waren die Convulsionen ganz auf die rechte Gesichtshälfte beschränkt und wiederholten sich in dieser Form sehr häufig mehrere Tage hintereinander.

In allen 4 Fällen zeigte die Section eine diffuse Leptomeningitis ohne jede erkennbare specielle Localisation.

S. folgert aus diesen Beobachtungen in längerer Auseinandersetzung, dass die partielle Epilepsie wohl mit Sicherheit eine (organische oder functionelle) Erkrankung der Hirnrinde im allgemeinen annehmen lässt, über Sitz und Natur dieser Erkrankung keinen sicheren Schluss erlaubt, und nicht einmal eine Localisirung des Processes in der motorischen Rindenregion gestattet. *Kurella.*

Sighicelli und *Tambroni*, Moral Insanity und Epilepsie. — Rivista sperim. di freniatria. XIII. 4.

Das Interesse der sehr lesenswerthen Arbeit beruht wesentlich auf den sehr fein beobachteten Einzelheiten des Charakters und der psychologischen Eigenthümlichkeiten des Kranken. Es handelt sich um ein Mitglied einer hochstehenden, schwerbelasteten Familie; der Knabe war jedem Erziehungsmittel unzugänglich, verlogen, diebisch, jähzornig, sexuell lange vor dem Alter der Pubertät zu Excessen geneigt, trug schon als Kind das Geld, das er stahl, in die Bordelle. Nach wiederholtem Aufenthalte in Correctionshäusern und Gefängnissen kam er in Folge einiger dummdreister Schwindeleien, nachdem 2 Jahre vorher im Gefängniss der erste epileptische Anfall constatirt war, mit 22 Jahren in die Irrenanstalt. Hier zeigte er sich verlogen, zum Simuliren geneigt, höchst indisciplinirt und stets in Complotte und Rebellionen verwickelt. Er starb nach wenigen Monaten im Status epilepticus. Von Degenerationszeichen liess sich ein sehr voluminöser Unterkiefer und erhebliche Gesichts-Asymmetrie constatiren.

Die Section ergab als wesentlichen Hirnbefund einen apfelgrossen Abscess im Mark des Occipitallappens; die Epikrise der Arbeit beschäftigt sich aber nicht mit der Erörterung dieses Befundes, sondern mit psychophysiologischen Betrachtungen über Moral insanity und ihre Beziehungen zum Verbrecherthum, und einer heftigen Polemik gegen *Lombroso* resp. die criminelle Anthropologie! Der Ausgangspunkt dieses Räsonnements bildet folgender Satz: „Als der Mensch den Zustand der Wildheit verliess, vereinigte er sich in der Gesellschaft und fühlte, damit diese prosperiren könnte, das Bedürfniss, die Befriedigung der physiologischen Triebe durch bestimmte Normen zu reguliren. *Kurella.*

Sighicelli, Galvanisirung der Schilddrüse bei Epileptikern. — Rivista speriment. di Freniatria. XIII. 4.

Von der häufig aufgestellten Behauptung ausgehend, dass die Schilddrüse in näherer Beziehung zum Chemismus der Hirnernährung steht, und auf Grund der Beobachtung, dass die nach Exstirpation dieser Drüse einsetzende Kachexie oft Convulsionen unter ihren Anfangssymptomen hat, galvanisirte S. bei mehreren epileptischen Geisteskranken die Schilddrüse mit einer bandförmigen Elektrode von 12 qcm Fläche als Anode, bei einer Stromstärke von 2—10 Milliampère; die Sitzungen dauerten 2—5 Minuten; bei drei Kranken war kein Einfluss dieser Behandlung zu beobachten; in 4 Fällen verschwanden die prä- und postepileptischen Erscheinungen fast ganz, nahm die Zahl der Anfälle erheblich ab, und kam es zu einer erheblichen Besserung des Charakters und der psychischen Fähigkeiten der Kranken. *Kurella.*

Algeri, Trepanation in einem Fall von traumatischer Epilepsie. — Rivista sperimentale. XIII. 3.

Ein 18jähriger Dieb erhält 1882 eine schwere Verletzung des Stirnbeins mit einer Sichel; es folgen Delirien von kurzer Dauer, die Wunde heilt mit tiefer Depression des Stirnbeins in 70 Tagen; einige Monate darauf tritt Verstimmung und Reizbarkeit auf, allmälig entwickeln sich Verfolgungsideen. 1886 Aufnahme in eine Irrenanstalt; kurz darauf Eintritt des ersten epileptischen Anfalls, dem zahlreiche schwere Anfälle folgen; August 1887 Entfernung des eingedrückten Knochenstücks (über der zweiten Stirnwindung), guter Wundverlauf, vollkommenes Aufhören aller Erscheinungen von Epilepsie; Gehörshallucinationen und psychische Schwäche bleiben bestehen, doch wird der Patient ruhig und arbeitsfähig.

Kurella.

Ventra, Diagnostischer Werth der Jackson'schen Epilepsie. — Il Manicomio. IV. 1.

V. hat bei vier Paralytikern Anfälle von Jackson'scher Epilepsie constatirt; im ersten Falle rechtsseitige Hemiepilepsie, die sich vom Gesicht nach abwärts auf beide Extremitäten fortsetzte, im zweiten Falle Monospasmus facialis mit rechtsseitiger Hemiparese und Hemianästhesie und conjugirter Deviation der Augen nach rechts, im dritten neben bilateralen Convulsionen Anfälle von rechtsseitigen Zuckungen, die sich von der unteren Extremität nach oben ausbreiteten, im vierten Falle klonischer Krampf der rechten Extremitäten neben Nystagmus, Abweichung der Augen nach rechts.

In allen Fällen zeigte die Section chronische diffuse Meningitis ohne specielle Localisationen und ohne Adhäsionen zwischen Pia und Rinde. Von einer histologischen Untersuchung der Rinde bringt die Mittheilung

nichts. *V.* schliesst aus diesen Beobachtungen, dass die Jackson'sche Epilepsie nur eine sehr relative Bedeutung für die Beurtheilung des Sitzes und der Natur einer Rindenerkrankung hat; ihr Vorkommen berechtige nur zur Localisirung eines Krankheitsprocesses in der Rinde überhaupt.

Kurella.

***Tomaschewski, B. W.* und *Simonowitsch, M. P.*, Zur Lehre der Pathogenesis der Hallucinationen und der Epilepsie. — Wjestnik Psych. V. Heft 1.**

Der mitgetheilte Fall dürfte wohl das allgemeine Interesse erregen, insofern er von nicht geringer Bedeutung ist, was die Theorie des corticalen Ursprunges der Hallucinationen und der Epilepsie anbetrifft. Ehe die Verfasser zur Beschreibung ihres in der Odessaer Irrenabtheilung beobachteten Falles schreiten, besprechen sie die bis jetzt herrschenden Ansichten über die Entstehung der Hallucinationen und corticalen Epilepsie, die ich hier weiter nicht berühre, sondern gleich zu dem Falle selbst übergehe.

Patientin H., Israelitin, 33 J. alt, wurde am 31. Jan. 1886 in der Odessaer psych. Abtheilung aufgenommen. Status praesens. Die Sehnen- und Hautreflexe aller Regionen bedeutend erhöht, Schmerzempfindung verringert. Pupillen gleichmässig erweitert, reagiren sowohl auf Lichteindrücke wie Accommodation. Unbedeutende Gesichtsasymmetrie, der linke Mundwinkel steht etwas höher als der rechte, linke Nasolabialfalte deutlicher, linke Lidspalte enger. Von Zeit zu Zeit horizontaler Nystagmus beider Augäpfel. Die Fragen beantwortet sie logisch und richtig, und erzählt, dass sie vor einigen Tagen heftig erschrocken und gleich darauf einen allgemeinen Krampfanfall mit voller Besinnungslosigkeit erlitten habe. Während der letzten Schwangerschaft habe sie auch einige solche Anfälle gehabt, doch seit dem letzten, vor 2 Tagen, sei etwas ganz Besonderes mit ihr vorgegangen, sie könne ihre Gedanken nicht sammeln, fühle sich höchst beunruhigt, könne nicht schlafen und leide an verschiedenen krankhaften Empfindungen, so leide sie fortwährend an Schwindel, Brausen, Läuten und Singen in den Ohren, wobei sie mit dem linken Ohre viel deutlicher, klarer und ununterbrochener höre als mit dem rechten. Ausserdem fühle sie im linken Ohre einen fremden Körper, welcher Kitzel verursacht und die Empfindung, als ob er, der fremde Körper, lache. Den folgenden Tag mehr unruhig, gegen Abend fast tobsüchtig, so dass sie isolirt werden musste. Dieser Zustand dauerte zwei Wochen, aus den Mienen, Gesten, Handlungen etc. musste auf Gesichts- und Gehörshallucinationen schreckhaften Inhalts und Delirien geschlossen werden. Nachdem sie sich beruhigt, theilte sie auf Fragen mit, dass sie während der Zeit der Unruhe schauderhafte Gestalten gesehen, die ihr zuriefen, sie müsse hingerichtet, sie werde enthauptet werden, in der Nacht sah sie, wie diese

Gestalten gleich Hexen aus der Ofenröhre kamen und im Zimmer herumflogen. Im linken Ohre aber sitze etwas Fremdes, was das Geräusch brennenden Holzes verursache und rufe tisch, tisch, cap, cap, diese Geräusche machen ihr ihre Verfolger um sie zu quälen, auch jetzt haben sie ihr eine kleine Gans in das linke Ohr gesetzt.

Die Kranke unterscheidet genau was sie nur mit dem linken und was sie mit beiden Ohren hört (hallucinirt). Oft gelingt es ihr diese Hallucinationen zu unterdrücken, wenn sie das linke Ohr verstopft, doch nicht immer. Ihre Verfolger sieht und hört sie ganz deutlich, in den letzten Nächten haben sie eine neue Qual ausgedacht, indem sie ihr immer die Decke und das Bettlaken von der linken Körperhälfte herunterreissen, auch schwarze und weisse Vögel sehe sie in dem Zimmer herumfliegen oder sich in ihrem linken Ohre einnisten. Im linken Auge empfinde sie ein gewisses Zusammenziehen. Nach drei Wochen seit ihrem Eintritt wurden die Hallucinationen schwächer, doch blieben noch die Verfolgungsideen, obgleich sie schon zugibt, dass alle diese Empfindungen im linken Ohre von einer Krankheit abhängen, doch schreibt sie diese ihren Verfolgern zu, da sie bis dato sonst nie an einer Ohrenkrankheit gelitten habe. Eine genaue Untersuchung der Ohren ergab links einen leichten chronischen Katarrh der Tuba Eustachii und bedeutende Abschwächung des Gehörs. Nach sechs Wochen fanden nur noch linksseitige elementare Gehörsempfindungen statt und in diesem Zustande verliess sie die Abtheilung.

Nach fünf Monaten besuchte sie einen der Aerzte ambulatorisch und klagte sie demselben, dass die linksseitigen Gehörshallucinationen, Geräusch brennenden Holzes, Flügelschlag, Gelächter, welche im äusseren Gehörgange localisirt seien, wenn auch schwächer und seltener, doch noch andauern, zugleich höre sie aber mit dem linken Ohre ausser diesen Geräuschen fast gar nichts. In der letzten Zeit habe sich aber noch eine linksseitige Gesichtstäuschung hinzugesellt, im Gesichtsfelde des linken Auges und zwar in dessen Centrum oder der linken äusseren Hälfte desselben sehe sie beständig ein weisses Hündchen von unten nach oben springend, selbst wenn sie beide Augen oder das linke allein schliesse, höre diese Erscheinung nicht auf und obgleich sie dieselbe als krankhaft anerkennt, beunruhigt dieselbe sie dennoch so sehr, dass sie zu keiner Arbeit fähig und auch nicht schlafen könne; schläft sie jedoch ein, so höre die Erscheinung auf, die sonst bei jeder möglichen Kopf- oder Körperstellung ununterbrochen fortbesteht. Höre jedoch momentan diese linksseitige Erscheinung auf, was nur höchst selten geschieht, so behauptet Patientin mit beiden Augen gleich gut und deutlich zu sehen. Im zehnten Monate, nachdem sie die Anstalt verlassen, hatten die linksseitigen Gehörshallucinationen ganz nachgelassen. Oben erwähnte Krampfanfälle mit Bewusstlosigkeit hatten sich jedoch von Zeit zu Zeit eingefunden und waren sogar in der letzten Zeit häufiger aufgetreten. Nach dem Schwinden der Gehörshallucinationen, also im 11. Monate, stellten sich heftige Schmerzen

in der linken oberen Extremität ein. Diese Schmerzen traten ohne sichtbare Ursache auf, dauerten einige Stunden und waren mit dem Empfinden der Spannung oder auch sichtbaren krampfartigen Zuckungen verbunden und hinterliessen einen sichtbaren paralytischen Zustand.

11 Monate nachdem die H. die Anstalt verlassen, am 14. Febr. 1887, wurde sie zum zweiten Male in derselben aufgenommen.

Die Schwester, welche die Patientin begleitete, theilte mit, dass in ihrer Familie weder Krampf noch Geistesstörung jemals vorgekommen sei, dass die Schwester weder an Luës gelitten, noch getrunken habe. Der Mann aber, Soldat, habe sie sehr oft gemisshandelt und namentlich den Kopf nicht geschont.

Die ersten leichten Krampfanfälle seien vor $1^1/_4$ Jahre eingetreten, bis dahin sei die Schwester stets gesund gewesen. Vor einer Woche war ein heftiger allgemeiner Krampfanfall mit vollständiger Besinnungslosigkeit eingetreten, welcher einige Minuten gedauert. Nach kurzer Zeit habe dieser Anfall sich wiederholt und seit dieser Zeit dauern die Krämpfe und die Besinnungslosigkeit fast ohne Unterbrechung.

Status praesens bei der zweiten Aufnahme. Die linken Extremitäten vollständig gelähmt, keiner Bewegung fähig, rechts scheint die Bewegungsfähigkeit erhalten, linker Mundwinkel gesenkt, linke Nasolabialfalte wenig ausgesprochen, linkes oberes Augenlid gesenkt, beide Augen nach rechts gerichtet, ebenso der Kopf nach rechts und etwas nach unten gesenkt. Bewusstsein unklar, auf wiederholte laute Fragen Zeichen des Verstehens oder auch ohne jede Reaction. Während der Untersuchung trat ein Anfall ein, die ersten krampfhaften Erscheinungen zeigten sich im M. orbicularis oris, weiter im Levator anguli oris, links, Gesichtsmuskeln derselben Seite, dann Wendung des Kopfes und der Augen nach links, hierauf wurden die obere und untere linke, später die rechte untere und dann obere Extremität ergriffen. Während des Culminationspunktes des Anfalles war der Kopf stark nach links und unten gebogen, die Augen nach links und oben, ganze linke Körperhälfte starke klonische Zuckungen, besonders stark in der linken Gesichtshälfte und linken oberen Extremität. Rechts waren diese Zuckungen bedeutend schwächer, in dem rechten Arm nur sehr wenig, in der rechten Gesichtshälfte gar nicht vorhanden. Das Aufhören der Zuckungen fand in umgekehrter Reihenfolge statt. Während des Anfalles vollständige Bewusstlosigkeit. Pupillen ad maximum erweitert. Der Anfall hatte drei Minuten gedauert und wiederholte sich nach einigen Minuten ganz in derselben Art. Während 24 Stunden löste ein Anfall den anderen fast ganz regelmässig ab, worauf die Patientin auf einige Stunden einschlief. Mit dem Erwachen begann dasselbe Bild, nur dauerte die Pause zwischen den einzelnen Anfällen von 10—15—30 Minuten. In diesen Pausen war die Kranke bei klarem Bewusstsein, in der linken Körperhälfte war die Schmerzempfindung bedeutend vermindert, rechts normal. Patientin sieht mit beiden Augen, aber nur dann, wenn der Gegenstand sich im Centrum des

Gesichtsfeldes befindet. Gedächtniss und Bewusstsein klar, sie klagt über Kopfschmerz in der rechten Scheitelgegend, diese Schmerzen, sagte sie, dauern schon lange und seien am heftigsten gewesen, als sie die Schmerzen in der oberen linken Extremität gehabt, dafür aber haben die linksseitigen Gehörs- und Gesichtshallucinationen ganz aufgehört. Muskel- und Sehnenreflexe links und rechts normal.

Die folgenden 5—6 Tage waren die Anfälle fast ebenso häufig als in den ersten beiden Tagen, doch waren dieselben nicht so stereotyp und man beobachtete vollständige Anfälle über den ganzen Körper nur einige Mal, wie auch hemi- und monoepileptische. Die vollen Anfälle hatten immer den Charakter der Jackson'schen Epilepsie. Nicht vollständige Anfälle, wo die rechte Gesichtshälfte und obere rechte Extremität nicht betheiligt wären, wiederholten sich auch in den folgenden Tagen sehr oft, doch überwogen die hemiepileptischen Anfälle. Vom vierten Tage ab betheiligte sich auch die linke obere Extremität nicht mehr an den Anfällen, was übrigens schon am dritten Tage während einzelner Anfälle hin und wieder beobachtet wurde. Die monoepileptischen Anfälle waren nur selten und befielen stets die linke Gesichtshälfte und den Kopf. Vom achten Tage an wurden die Anfälle schwächer und seltener, die Pausen dauerten 2—3 Stunden, aber auch die Kräfte schwanden sichtbar. Am zehnten Tage stellte sich starke Spannung der linken Hals- und Nackenmuskeln ein, zugleich beginnendes Lungenödem, verminderte Herzthätigkeit und ein fast ununterbrochener soporöser Zustand. Vom elften Tage an sind die Anfälle nur selten mit Pausen von 5—6 Stunden, die Anfälle beschränken sich nur auf Theile der linken Körperhälfte (linker Arm gar nicht betheiligt) oder des Gesichtes links. Die Temperatur betrug während der ganzen Zeit 38—38,7° C.

Der Tod erfolgte am 13. Tage nach ihrem Eintritt unter den Erscheinungen des Lungenödems. Das Krankheitsbild sowohl während des ersten Aufenthaltes in der Irrenabtheilung, die Erscheinungen ausserhalb der Anstalt, welche ambulatorisch beobachtet wurden, und endlich der zweite Aufenthalt bilden ein streng zusammenhängendes Ganzes und werden als „chronische corticale Meningo-Encephalitis" aufgefasst, welche sich auf die Centralwindung in ihrer unteren Hälfte, die erste Schläfenwindung, den Gyrus angularis, und aller Wahrscheinlichkeit auf die Hinterhauptwindungen der rechten Gehirnhälfte erstreckt.

Als Ursache wurde Trauma capitis angenommen. Die Section bestätigte sowohl makroskopisch wie auch mikroskopisch vollkommen die Diagnose. *A. v. Rothe.*

Putnam Jacobi, Mary, Postepileptische Hysterie. Beeinflussung durch Inhalationen von comprimirter Luft. Transfert. — The Journ. of nerv. and ment. disease. Juli.

Mittheilung eines Falles. *S.*

Cullerre, Hysterischer Somnambulismus. — Ann. méd. psychol. Nov.

Ein bei der Aufnahme 18jähriges, erblich belastetes Mädchen hatte $1^1/_2$ Jahre vorher nach Schreck den ersten Anfall von Somnambulismus bekommen. Seitdem traten dieselben häufig auf. Sie stand Nachts auf, fing an zu arbeiten, oder ging Nachts in entlegene Häuser, wo man sie schlafend fand. Einige Monate später wurde sie von Krampfanfällen befallen. Die somnambulen Anfälle kamen meist Nachts, Pat. delirirte während derselben. Bisweilen blieb sie den ganzen Tag im Schlafzustande, ging so in das Feld, erwachte dort, ohne zu wissen, wo sie war. Manchmal schlief sie auch am Tage ein, z. B. bei der Feldarbeit, in der Messe. An die Vorfälle während des Schlafzustandes fehlte jede Erinnerung.

Bei der blühend aussehenden Kranken fand sich: totale Analgesie, leichte Hemianästhesie, Schmerzpunkte an der linken Brust, linke Dyschromatopsie und Abschwächung des Gesichtes, Muskelschwäche der linken Hand.

Verf. beschreibt mehrere Anfälle. In den Delirien der Kranken kehrte immer eine bestimmte Vorstellungsreihe wieder. Vereinzelt traten maniakalische Anfälle auf, mit Contractur des Vorderarmes. Nach Application von Gold und Zink auf das linke Bein kehrte die Sensibilität in demselben wieder. Es wurde darauf Zinnoxyd innerlich gegeben und die Anästhesie und Dyschromatopsie verschwand, nur am linken Bein blieb eine anästhetische Zone. Pat. wurde entlassen.

Einen Monat später kehrten die somnambulen Anfälle nach Schreck wieder. Bei der Wiederaufnahme im Februar 1887 fand sich totale Analgesie. Pat. war bösartig, drohend, maniakalisch. Mehrere Monate keine somnambulen Anfälle. Im Juni hystero-epileptischer Anfall, Contractur der Finger, Delir, hysterischer Zustand, automatische Bewegungen des rechten Armes.

Pat. wurde hypnotisirt. Hiernach trat die Hemianästhesie links wieder auf, die somnambulen Anfälle kehrten wieder, der Charakter der Kranken wurde wieder ordentlich.

Pat. war leicht hypnotisirbar. Erwachte aus der Hypnose durch Anblasen, nicht auf Suggestion. Mit dem Eintreten des Lidschlusses bekam sie Borborygmen, seufzte, machte krankhafte Gliederbewegungen, knirschte bisweilen mit den Zähnen. Es war bei ihr nur der somnambule Zustand zu erreichen, nicht der lethargische oder kataleptische. Mit dem Schlafe trat völlige Anästhesie ein, nur das Gehör war hyperästhetisch. Pat. war schwer zu suggeriren, Aenderung der Person war durch Suggestion nicht zu erreichen. Posthypnotische Suggestionen gelangen nicht.

Der hypnotische Zustand dieser Kranken glich ganz ihren somnambulen Anfällen.

***Ray*, Hysterie bei den Negern. — L'Encephale. No. 5.**

R. beschränkt sich auf einige kurze Bemerkungen über das Vorkommen der Hysterie bei den Negern in Amerika. Er schiebt dasselbe auf die unzweckmässige Erziehung und Lebensweise der Neger und betont, dass die schwache Intelligenz und das emotive Naturell derselben ein günstiger Boden für Hysterie sind.

***Grevier*, Hysterie und Diabetes. — Arch. gén. d. méd. Octob.**

G. theilt eine Anzahl theils eigener, theils fremder Beobachtungen mit (darunter mehrere Männer), in welchen ausgesprochene hysterische Erscheinungen dem Ausbruche des Diabetes vorausgingen, oder sich während des Verlaufes desselben entwickelten.

***Verga*, Weiteres zur Moral insanity. — Archiv. ital. p. l. malatie nervose. XXV. 1 u. 2.**

V. theilt kurz mit, dass bei 7 früher von ihm publicirten Fällen von Moral insanity epileptoide Zustände im weiteren Verlauf beobachtet worden sind, und zwar bei vieren ausgesprochene epileptische Anfälle, und bei den drei übrigen plötzliche nervöse Paroxysmen, begleitet von Präcordialangst, Benommenheit oder Schwindelanfällen, neben anderen „anthropologischen und pathologischen Zeichen", wie sie dem Epileptiker eigenthümlich sind.

Kurella.

---

10. Delirium acutum. Alcoholismus. Toxische Psychosen und Neurosen. Referent: Jehn-Merzig.

Delirium acutum.

Vacat.

Alcoholismus.

***Tuczeck*, Das pathologische Element in der Trunksucht. — Irrenfreund No. 5—6.**

Tuczeck unterscheidet neben jenen Trunkfälligen, welche so lange tranken, bis sie an Geist und Körper Schaden litten, solche, welche geisteskrank sind, ehe sie Trinker wurden.

Die Schilderung der Schädlichkeiten und des Siechthums, welches

sich nach dem Gewohnheitstrinken entwickelten, darf hier übergangen werden.

Aus den Folgezuständen des Rausches, als der acuten Intoxication im einzelnen Falle werden eine maniakalische und eine melancholische Form, ferner eine an Verfolgungswahn erinnernde Färbung als den gewöhnlichen Irrsinnsformen analoge Phasen geschildert in der Steigerung bis zur völligen körperlichen und geistigen Lähmung, mit welcher der Vollrausch als Analogon des paralytischen Blödsinns abschliesst. Zu den Vererbungsschäden der Trunksucht, welche bis zur Sterilität und endlichem Auslöschen eines durch den Alkohol verderbten Geschlechts führt, erinnert Verfasser an die historische Thatsache, dass die Gesetzgebung des Lykurg die Trunksucht bei Besiegten und Tributpflichtigen begünstigte, um dieselben in der Sklaverei zu erhalten.

Wem fällt dabei nicht die Unschädlichmachung und Ausrottung der Indianerstämme durch den Branntwein ein? Wenn in Folge krankhafter Anlage oder schon eingetretener geistiger Störung Trunksucht eintritt, so wird derselbe als Symptom des Leidens zu betrachten sein. Hierher gehören die zahlreichen Fälle, in denen die geistige Störung sich mit Trunkexcessen einleitet, entweder in maniakalischem Drang sich geltend zu machen, oder, in der melancholischen Form, als ein letzter Versuch des geängstigten Kranken den Kummer und die Sorge niederzutrinken.

Besonders eingehend wird die sogenannte Dipsomanie, die periodische Trunkfälligkeit oder der Quartalssuff geschildert und mit prägnanten Beispielen belegt, aus deren glücklicher Wahl das Krankhafte des Zustandes dieser Unglücklichen recht hervorleuchtet, von denen *Tuczeck* sehr richtig sagt, dass sie viel eher unser Mitleiden und ärztliche Hilfe, als unseren Abscheu verdienen.

Schliesslich hebt *Tuczeck* noch die Erschöpfungsform jener Trunkfälligen hervor, welche durch ganz kleine Mengen Alkohol in einen tobsüchtig erregten, verwirrten Zustand bis zur Bewusstlosigkeit versetzt werden, dessen Auftreten ganz an rasch verlaufende Irrsinnsfälle erinnert. Der Zustand stellt daher eine reizbare Schwäche des Gehirns, eine Intoleranz gegen Alkohol dar. . . .

Die beiden Gruppen will *Tuczeck* nicht scharf abgegrenzt aufgefasst wissen, vielmehr ist die Grenze eine fliessende.

Einseitige und frühzeitige geistige Anstrengung, Stürme und Sorgen besonders zu Zeiten des Wechsels von Lebensphasen nennt er als prädisponirende Momente der Trunkfälligkeit.

Verfasser schliesst, dass den Trinkern nur durch sociale Leistungen zu helfen ist, Sorge für gesunde, ausreichende Ernährung, Erzielung einer behaglichen Häuslichkeit, Versetzung in hygienisch günstige Bedingungen.

Die Gewohnheitstrinker, welche Familie und Staat schädigen, sind zu entmündigen und in Trinkerasylen unterzubringen. Zur Aufnahme in Spitäler (Irrenanstalten) eignen sich nur die Alkoholdeliranten. Alle alkoho-

lischen Irrsinnsformen, sowie die zu Alkoholexcessen neigenden Geisteskranken gehören in die Irrenanstalten.

***Brouardel* und *Pouchet*, Der Alkoholgenuss in seiner Beziehung zur Hygiene. — Annales d'Hygiène publique, September.**

Das Comité consultatif d'hygiène publique hat einer Aufforderung des Ministers für Handel und Industrie entsprechend die Alkoholfrage untersucht und folgende Resultate berichtet.

Der im Handel vorkommende Alkohol enthält ausser dem Aethylalkohol noch eine Menge anderer Arten (Amyl-, Propyl-, Butylalkohole etc.), welche jedenfalls schädlicher sind als die Aethylverbindungen. Daraus dürfe jedoch nicht auf die Ungefährlichkeit des Aethylalkohols zu schliessen sein. Die grosse Verschiedenheit der Gährungserreger und der Nebenproducte der Gährung erschweren die Untersuchung sehr. *Morin* und *Claudon* wiesen das Vorkommen des „Bacillus butyricus" nach. Ferner sind im Alkohol basische Zusammensetzungen nachgewiesen, deren Giftigkeit u. A. von *Würtz* durch Experimente an Thieren dargethan wurde; diese mässig giftigen Bestandtheile kommen nach *Lindet* gerade in den gewöhnlichen Getränksalkoholen vor.

Diese basischen Zusammensetzungen wirken als Nervengifte; die kräftigsten sind gleichzeitig die am leichtesten zersetzbaren. Es wird die Vermuthung ausgesprochen, dass diese Stoffe, wenn für sich etwa nicht absolut schädlich, es doch in Gegenwart des Alkohols sein könnten. Eine Tabelle des Gehalts der Branntweinarten an Alkohol, Stickstoff in Ammoniaken und der Basen ist von *Lindet* beigefügt.

Die statistischen Erhebungen lassen ein Anwachsen des Alcoholismus in Frankreich deutlich erkennen. Früher waren der Orte, an denen sich die Betheiligung des Alkoholmissbrauchs in der Zunahme der Geistesstörungen zeigte, in Frankreich nur wenige, die Weinbaudistricte beinahe immun. *Lunier* stellte dagegen fest, dass das Uebel jetzt ziemlich gleichmässig über ganz Frankreich ausgedehnt ist, womit auch der Procentsatz der Selbstmörder wuchs. Wie in anderen Ländern ist der Alcoholismus auch bei unseren westlichen Nachbarn die Hauptursache der Verbrechen, zumal der Angriffe gegen Leben und Eigenthum. Die entsprechenden Zahlen der in Deutschland erhobenen Statistik von c. 50 pCt. aller derartiger Verbrechen in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch (*Baer*) werden hier herangezogen. Aehnlich liegt die Sache bekanntermaassen in anderen Ländern; nur in wenigen ist in Folge energischen gemeinschaftlichen Vorgehens von Bevölkerung und Staatsgewalt eine Besserung zu merken.

Die Zunahme der Geistesstörungen hält mit jener der Verbrechen, auf derselben Grundlage beruhend, gleichen Schritt.

Bei der Berechnung der Lasten, welche durch vermehrte Besteuerung des Alkohols der Bevölkerung erwachsen, soll man die ungeheuren Summen abziehen, welche indirect dem Volk durch die Verarmung der Familien

und den Communen durch die Fürsorge für die durch Alkohol erkrankten Individuen und deren Nachkommenschaft entständen.

Daher sei der Genuss der Spirituosen möglichst einzuschränken; möglichst auf Reinheit der zum Genuss bestimmten Getränke zu dringen; die schädlichen Substanzen derselben zu studiren, um die grosse Zahl der noch unaufgeklärten Fragen bezüglich der Alkoholschädlichkeit aufzudecken.

Norman Kerr, Verhältniss von Alcoholismus zur Trunkenheit. — The british medical Journal. Juni.

Es herrscht noch vielfach Verwirrung über den Gebrauch beider Ausdrücke. Alcoholismus sind eigentlich die Erscheinungen, die direct oder indirect aus der Wirkung des Alkoholgiftes auf Körper und Gehirn entstehen: acute oder chronische Alkoholvergiftung. Dazu gehören alle Functionsstörungen und Gewebeentartungen, Verschlechterung des Bluts, Störungen in der Circulation, im Nervensystem, vasomotorische Paralyse, Cerebral-Automatismus mit unvollständiger Paralyse (mit oder ohne Bewusstlosigkeit) von vorübergehender alkoholischer Erregung, ferner der Tremor des Delirium tremens, der Wahnsinn der Mania e potu, Verdauungsstörungen, Cerebrospinalparalyse, Wahnvorstellungen und der Wahnsinn von mehr dauernden und schwereren alkoholischen Verletzungen. Unter Alcoholismus muss auch die geistige und moralische Verkommenheit gerechnet werden, die durch Einfluss von alkoholischen Betäubungsmitteln entsteht, die Selbstsucht, Unzuverlässigkeit, Verschlagenheit, List der alkoholischen Trinker, ebenso die Geneigtheit zu Excessen, Instabilität des Gehirns, schwache Selbstbeherrschung als alkoholische Vererbung. In den meisten Fällen des Alcoholismus finden sich fettige oder andere Entartungen der Leber, der Nieren, des Herzens, Gehirns und anderer Organe.

Trunkenheit dagegen ist eine Erkrankung der höheren Nervencentra in Verbindung mit Wahnsinn, der alkoholischen Ursprungs sein kann oder nicht. Sie besteht in einem krankhaften Trieb oder Verlangen nach Berauschung, nicht nach Berauschungsmitteln. Das Berauschungsmittel kann irgend ein Narcoticum sein, das anästhetische Wirkung besitzt. Das Narcoticum ist das Agens, durch welches eine flüchtige Erleichterung von einem abnormen, ungesunden Trieb oder Verlangen erreicht wird. Darum ist Trunkenheit eine Intoxicationsmanie, oder „Narkomanie", eine Manie für Narcotismus. Sie tritt in verschiedener Form auf, je nach dem Berauschungsmittel: Alkohol, Opium, Morphin, Chloral, Chloroform, Aether, Chlorodin oder Cocaïn. Trunkenheit als Krankheit kann constant oder periodisch, social oder solitär sein. Es giebt ferner Trunkenheit des Wahnsinns, bei Syphilis und anderen Krankheiten, bei Convalescenz von Fieber, von Hitzschlag, bei Operationen, bei Verletzungen des Kopfes oder anderer Körpertheile (traumatischer Trunkenheit) und von allgemeiner Nervenerschütterung. Die auffallendsten Unterschiede sind zwischen Alkohol-

manie und Opiomanie oder Morphinomanie. Ueber Aetiologie und Pathologie der Trunkenheit in allen ihren Gattungen ist noch manches unbekannt; so mangelt zum Beispiel noch genauere Erkenntniss über den Zustand alkoholischer Verzückung. — Der Krankheitszustand der Trunkenheit ist entweder ererbt oder erworben, kann im ersten Falle, vielleicht auf eine Lebenszeit, latent bestehen. Nicht alle Trinker besitzen Disposition zur Trunkenheit. Es kann ein Alkoholrausch ohne wahre Trunkenheit, und Trunkenheit oder Narkomanie ohne thatsächliche Berauschung durch Alkohol bestehen.

Es folgen darauf Aeusserungen verschiedener Redner über Alkoholgenuss und seine Folgen. Dr. *Cumming* erwähnt die Erfahrung in Irland, dass die Gicht (Podagra) nicht Folge von Alkoholgenuss sei. Dr. *Martin* von Portlaw bemerkt, dass ihm viele Familien bekannt seien, in denen die Vorfahren Trinker waren, die Nachkommen mässig, diese aber an der Gicht litten, dass ferner in den niederen Klassen die Gicht (Podagra) selten anzutreffen sei. Dr. *Norman Kerr* spricht noch über die Ergebnisse der Untersuchungen der Harveyan society: Sterblichkeit in Folge von Alkoholgenuss u. s. w. — dass der Alkohol nicht sowohl pathologische Zustände herbeiführe, als dass er den Körper zu allerlei pathologischen Zuständen geneigt mache. Er selbst habe nur in einem einzigen Falle Zeit seines Lebens Gicht bei einem Temperenzler angetroffen. Professor *Gairdner* spricht als Erfahrungsthatsache aus, dass Alkoholgenuss durchaus nicht die Tuberculose befördere; *Surgeon Major Gunn* dagegen behauptet, dass viele Soldaten an einer Form der Schwindsucht als directer Folge von Alkoholgenuss erkrankten, während Dr. *Gilbart Smith* mittheilt, dass er, obgleich selbst Temperenzler, durch 15jährige Behandlung Schwindsüchtiger in dem „Hospital for consumption" zu der Ansicht gekommen sei, dass die Behandlung dieser Kranken am besten in Verbindung mit dem Gebrauch von Alkohol geschehe, dass er jedoch nicht behaupten wolle, dass dieser Gebrauch ein nothwendiger sein müsse. — Es wird dann der Wunsch ausgesprochen, noch ein eingehenderes und umfangreicheres Material gesammelt zu sehen, um sichere Schlüsse ausführen zu können, so besonders inbetreff der Frage der Behandlung Schwindsüchtiger unter Anwendung von Alkohol.

Owen, Isambard, Bericht über die Untersuchung über den Zusammenhang von Krankheiten mit Trunksucht. — The british medical Journal, Juni.

Die Untersuchung fand statt vom 9. Mai 1885 bis 11. Dec. 1886. Die Listen für das Untersuchungsmaterial enthielten 5 Klassen für die verschiedenen Stufen des Alkoholgenusses von gänzlicher Enthaltsamkeit an bis zu notorischer Trunksucht. (Titel der Klassen: A) Total abstinents — gänzlich Enthaltsame; B) Habitually temperate — an Mässigkeit Gewöhnte; C) Careless drinkers — Gelegenheitstrinker; D) Free drinkers — Unent-

haltsame; E) Decidedly intemperate — thatsächlich Trunksüchtige.) Durch Einschaltung von Zwischenstufen wurde grössere Genauigkeit der Angaben und Resultate ermöglicht. Die Listen wurden jedem Mitglied der ärztlichen Gesellschaft eingehändigt; 178 Mitglieder füllten sie aus mit zusammen 4234 Fällen (grösstentheils mit genauer Angabe der Genussklasse), alle von männlichen Personen über 25 Jahre. Von diesen 4234 waren 45 pCt. mässig im Genuss, 25 pCt. Gelegenheitstrinker, 30 pCt. mehr oder weniger unenthaltsam (15 pCt. trunksüchtig). Die Individuen wurden nach Berufsarten classificirt, so dass eine genauere Einsicht in die Verbreitung des Alkoholgenusses unter den verschiedenen Berufsarten möglich wurde.

[Unter anderem kommt folgende Reihe der mehr Enthaltsamen bis zu den wenigst Enthaltsamen vor: Geistliche; Schulbeamte; Weber, Schuhmacher, Landarbeiter und Gärtner; Land- und Seeofficiere; Schneider; Aerzte; Zimmerleute und Tischler; Schmiede; Maler (Anstreicher); Rechtsgelehrte; Maurer; Bergleute; Metzger.]

Eine weitere Rubrik der Listen enthält das Alter beim Tode der Individuen. Die höchste Altersstufe erreicht durchschnittlich Klasse B (an Mässigkeit Gewöhnte).

Ferner enthalten die Listen die besonderen Krankheitsformen, die Todesursache waren, gruppirt unter 19 Hauptformen, mit besonderer Berücksichtigung der Gicht (des Podagra), der Tuberculose und der chronischen Nierenkrankheiten. Im Folgenden sind die Schlussfolgerungen aus der Zusammenstellung des Untersuchungsmaterials wiedergegeben:

1) Der gewohnheitsmässige Genuss alkoholischer Getränke über das bescheidenste Maass hinaus hat eine bestimmte Tendenz, das Leben zu verkürzen, und die durchschnittliche Verkürzung steht im Grossen und Ganzen im Verhältniss zu dem Grad des Genusses.

2) Von den Individuen, die das 25. Lebensjahr überschritten haben, leben die streng Mässigen (ohne Berücksichtigung des Unterschiedes zwischen ganz Enthaltsamen und an Mässigkeit Gewöhnten) durchschnittlich wenigstens 10 Jahre länger als die entschieden Unmässigen.

3) In der Entstehung der Cirrhosis und der Gicht (Podagra) spielt übermässiger Alkoholgenuss in der That die Rolle, die man ihm schon seit langer Zeit in dieser Beziehung zuerkannt hat. Keine andere Krankheit lässt sich, den Listen nach, so gut in ihrer Entstehung aus Alkoholgenuss nachweisen, wie diese beiden.

4) Abgesehen von Cirrhosis und Gicht ist die Wirkung des Alkohols mehr den Körper im Allgemeinen für Krankheitsangriffe geneigt zu machen, als specielle krankhafte Verletzungen herbeizuführen.

5) An der Entstehungsgeschichte der chronischen Nierenkrankheiten hat der übermässige Alkoholgenuss oder die Gicht, die jene herbeiführt, wahrscheinlich einen besonderen Antheil.

6) Es ist kein Grund zu der Annahme vorhanden, dass Alkoholmissbrauch auf irgend eine Weise zur Entwickelung von bösartigen Krank-

heiten (Krebs, Carcinom, Scirrhus u. s. w.) beitrage, wohl aber, dass er dieselben verhindere.

7) Bei jungen Leuten scheint Alkoholgenuss die Ausbildung der Tuberculose eher zu beeinträchtigen als herbeizuführen, während für ältere Personen die Sachlage umgekehrt zu sein scheint.

8) Neigung zu Apoplexie wird nicht in besonderer Weise durch Alkohol herbeigeführt.

9) Neigung zu Bronchitis wird (wenn nicht vielleicht bei jungen Leuten) ebenfalls nicht durch Alkoholübermaass besonders beeinflusst.

10) Ebenso wird die Sterblichkeit infolge von Pneumonie und wahrscheinlich auch von typhösem Fieber nicht besonders durch Alkoholgenuss beeinflusst.

11) Vergrösserung der Prostata und Neigung zu Cystitis wird nicht besonders durch Alkohol herbeigeführt.

12) Vollständige Enthaltsamkeit und Gewöhnung an Mässigkeit vermehren beträchtlich die Möglichkeit eines Todes infolge von Altersschwäche oder Kräfteverfall, ohne besondere pathologische Verletzung.

Es folgt dann noch eine Uebersicht über frühere ähnliche Untersuchungen. Mr. *Neison* verlas 16. Juni 1851 (veröffentlicht im British medical journal, Seite 200) vor der statistischen Gesellschaft eine Untersuchung über thatsächlich Trunksüchtige (Klasse E) und ihre Sterblichkeit im Vergleich zur allgemeinen Sterblichkeit in England und Wales. Er zog Männer und Frauen in seine Untersuchung ein, classificirte 357 Fälle, fand die Sterblichkeit der Unmässigen 5 mal so gross als die allgemeine Sterblichkeit im Alter von 21—30 Jahren, über 4 mal so gross im Alter von 31—50, fast 3 mal grösser von 51—60, ungefähr 2 mal grösser von 61—80, gleich gross von 81—90 Jahren. Ferner fand er den Gebrauch von Spirituosen schlimmer, als den von Bier, am schlimmsten den Missbrauch von beiden Getränken gemeinschaftlich. Handarbeiter widerstehen der Einwirkung des Alkohol besser als Geschäftsleute, alle Männer besser als Frauen. Krankheiten des Nervensystems überwiegen andere üble Folgen der Trunksucht, danach herrschen Erkrankungen der Verdauungsorgane vor (Leberleiden, Wassersucht u. s. w.). Erkrankungen der Respirationsorgane kommen fast nicht vor; Schwindsucht und Auszehrung wenig. (Seine Untersuchungen erstreckten sich vorwiegend auf Fälle von Delirium tremens.) Eine zweite Untersuchung wurde angestellt durch die Harveyan society 1879—1880, ebenfalls über Sterblichkeit unter Trinkern. Die Aufstellung der Listen geschah in ähnlicher Weise wie jetzt, die Untersuchung erstreckte sich auch über Frauen. Es herrscht etwas Verwirrung in den 10000 Angaben durch Aufstellung der Categorien 1) Todesfälle, die in keiner Beziehung zum Alkohol stehen, 2) die beschleunigt oder theils verursacht wurden durch Alkoholmissbrauch, 3) die ganz auf solchen Missbrauch zurückzuführen sind. Der Bericht wurde veröffentlicht im Journal vom 20. Jan. 1883. Danach soll Alkohol bei ungefähr 13 pCt. Todesfällen Erwachsener eine Rolle

spielen, und in 1½—4 pCt. directe Todesursache sein. Die schlimmeren Formen der Unmässigkeit sollen bei Frauen die milderen überwiegen. In Bezug auf Todesarten kam man zu folgenden Schlüssen: 4faches Wachsthum der Todesfälle durch Krankheiten der Leber und der Verdauungsorgane; 2faches durch Nierenkrankheiten, die Hälfte mehr durch Herzkrankheiten; auffallende Zunahme durch Pneumonie und Pleuresie; beträchtliche Zunahme und früheres Auftreten der Krankheiten des Centralnervensystems; auffällige Abnahme der Todesfälle durch Bronchitis, Asthma, Emphysem und Congestion der Lunge; eine fast ebenso grosse Abnahme und späteres Auftreten der Schwindsucht; sehr grosse Abnahme der Altersschwäche, mit Zunahme der Todesfälle durch Atrophie, Kräfteverfall u. s. w.; ausserdem eine beträchtliche Gruppe von Fällen, die in allgemeinen Ausdrücken auf Alcoholismus oder chronischen Alcoholismus oder auf Zufälligkeiten bezogen wurden. Diese Resultate stimmen im allgemeinen mit den vorstehend erwähnten überein in Bezug auf Leber-, Nieren- und Nervenkrankheiten sowie Altersschwäche und Schwindsucht, dagegen nicht in Bezug auf Herzkrankheiten, Pneumonie, Bronchitis, Atrophie und Kräfteverfall. Es fehlen die Statistiken über den Vergleich der Langlebigkeit der gänzlich Enthaltsamen mit den verhältnissmässig mässigen Trinkern. Die Erfahrungen der United Kingdom Temperance und General Provident Institution sollen unzweifelhaft günstig für die gänzlich Enthaltsamen lauten; es ist aber kein detaillirter Bericht veröffentlicht worden.

Aus einem Aufsatz in The Insurance and Finance Leader vom Mai 1888 geht hervor, dass nach den Erfahrungen der Lebensversicherungsgesellschaften seit 1884 die Sterblichkeit der Abtheilung der Mässigen (Mitgliedern der Mässigkeitsvereine) 8,74 pr. m. das Jahr betrug, während sie bei der Abtheilung der Gewöhnlichen 16,35 pr. m. war. Jedoch stellt sich bei Berücksichtigung des durchweg jüngeren Alters der Versicherten und Trennung derselben von den Bejahrteren das Verhältniss anders: 6,72 pr. m. in der Abtheilung der Mässigen, 10,05 pr. m. bei den Gewöhnlichen. Ferner wird als Erfahrungssatz aufgestellt, dass mehr als ¼ aller Todesfälle der Versicherten durch Affectionen der Lunge und der Respirationsorgane verursacht werde, ungefähr ⅛ von verschiedenen Gehirnaffectionen; dabei scheint die Enthaltsamkeit wenig Einfluss auf die Höhe der Sterblichkeit aus diesen Ursachen zu haben. Dagegen ist die Zahl der an Herzaffectionen Gestorbenen in der Abtheilung der Gewöhnlichen beinahe 3 mal so gross als in der Abtheilung der Mässigen, und an Unterleibs-, Nieren- und verwandten Krankheiten sterben 4 mal so viel in der ersten als in der zweiten Abtheilung, sogar kommt auf 32 pr. m. an Leberkrankheiten Gestorbener in der Abtheilung der Gewöhnlichen ein einziger aus der Abtheilung der Mässigen. Tod durch Zufall (einschliesslich Selbstmord) steht im Verhältniss von 13 in der Abtheilung der Gewöhnlichen zu 1 in der der Mässigen. Diese Thatsachen sind aus Zusammenstellung einer Anzahl Versicherter geschöpft; den als unmässig bekannten Personen

wird die Aufnahme in die Lebensversicherungsgesellschaft durchaus verweigert. Zum Schluss folgt noch eine kleine Tabelle mit Zusammenstellung verschiedener Berufsarten, dem Procentsatz der weniger Mässigen darin und der allgemeinen Sterblichkeit derselben, in der, wie früher, die Geistlichen den geringsten Procentsatz an weniger mässigen Mitgliedern und ebenso an Sterblichkeit in bestimmtem Alter aufweisen, dagegen Wirthe, danach Metzger, den höchsten.

***Lagrange*, Der Grössenwahn bei den Alkoholikern und seine Bedeutung bezüglich der Prognose. — Annales medico-psychologiques. November.**

An einigen Krankheitsgeschichten weist *Lagrange* nach, dass bei dem chronischen Alcoholismus Grössenideen auftreten können, deren Erscheinen, weil meist vorübergehend, zu einer Vergleichung auffordere, wie sie sich zu den Grössenwahnvorstellungen verhalten, deren eigentliches klinisches Gebiet die allgemeine Paralyse ist.

Von der Anschauung ausgehend, dass einmal der Alkoholmissbrauch anerkannter Weise eine der erheblichsten Ursachen für die Entwickelung der Paralyse ist; andererseits, dass die chronisch interstitiellen Organveränderungen wie die Arteriosklerose, in hervorragender Weise durch den Alkoholmissbrauch hervorgerufen werden, kommt Verf. zu dem Schluss, dass in der Erscheinungsweise der Grössenideen bei Alkoholikern wohl ähnliche Gründe in nosologischer Beziehung walten, wie bei der allgemeinen Paralyse.

Speciell wird eine mittlere Krankheitsphase angenommen, welche auf den genannten Gewebsveränderungen durch Alkohol beruhend, die Paralyse gewissermaassen vorbereite.

Die Bedeutung für die Prognose ergibt sich danach, zumal wenn bei Alkoholikern derartige Delirien sich unter Auftreten von Grössenideen rasch folgen, von selbst.

Der Aufsatz erwähnt noch die furchtbaren Schäden, welche in Frankreich durch das Eingehen ausgedehnter Weinbaubezirke, in Folge der Reblausinvasion, dadurch entstanden sind, dass die Bevölkerung früher mit dem geringeren — unschädlichen — Wein zufrieden, nach dessen Verschwinden sich dem Branntwein ergeben habe.

Ferner konnte festgestellt werden, dass Grössenideen bei Trinkern um so leichter vorkommen, je degenerirter das Individuum ist.

Zum Schluss wird auch hier auf die Einrichtung specieller Asyle für die Aufnahme von Trunkfälligen gedrängt.

***Mosler*, Ueber Alkoholmissbrauch. — Deutsche medicinische Wochenschrift. No. 47.**

Nach einer einleitenden statistischen Uebersicht über die Schäden,

welche durch den Alkoholmissbrauch den Trinkern an Geist und Körper entsteht und Erwähnung der Versuche von *Mairet* und *Combemale*, welche an mit Alkohol vergifteten Hunden die Degenerescenz durch 3 Generationen beobachteten, werden die Thesen vorgelegt, welche auf dem Wiener Congress angenommen wurden und das gegenwärtige Rüstzeug der Vereine gegen Alkoholmissbrauch darstellen. Dieselben lauten:

Die Erfolge des Kampfes in der Schweiz, in Schweden, wo der Alkoholverbrauch von 54 l pro Kopf der Bevölkerung im Jahr auf 8, in Norwegen, wo er auf $3^1/_2$ l von 16 zurückgegangen ist, der Nachlass der Fälle von Delirium tremens in der Stadt Stockholm um 50 pCt. lässt weitere Erfolge der Vereine erwarten, wenn der Staat sich entschlossen mit Kampfmaassregeln auf die Seite der Vereine stellt.

Gegen gewohnheitsmässig Trunksüchtige, welche ihre Familie und sich selbst zu Grunde richten, wird Entmündigung verlangt. Bemerkenswerth ist der Gesichtspunkt, dass den Gemeinden, denen die verarmten Säufer mit ihren Familien unweigerlich schliesslich zur Last fallen müssen, ein Recht der Intervention durch Betreiben der Entmündigung zustehe. Der Alkoholmissbrauch ist eben eine endemische wie epidemische Krankheit des Volks, der nur mit Gewaltmaassregeln entgegengetreten werden kann. Deshalb sollen vor Allem die ärztlichen Vereine auf Beseitigung der Bedingungen des Uebels dringen. Dem Ausspruch *Sonderegger*'s, dass damit durchaus kein Angriff gegen die persönliche Freiheit des Einzelnen geschehe, vielmehr eine solche Auffassung der Widerrechtlichkeit einer, wenn auch eingreifenden staatlichen Bevormundung Einzelner, eine unklare und unlogische Deutung von der persönlichen Freiheit enthalte, welche in diesem Falle gleich Zügellosigkeit sei, kann man nur zustimmen.

Der geschätzte Schweizer Arzt ruft seinen Collegen zu:

„Die Medicin ist genau das, was die Aerzte aus ihr machen und ihre Zukunft hängt von dem Wissen und Können, von dem Patriotismus und der Ausdauer der Aerzte ab."

***Decaisne, M.*, Ueber den Säuferwahnsinn der Frauen. — La Semaine méd. No. 26.**

An 54 von der genannten Erkrankung heimgesuchten Frauen hat Verf. Beobachtungen angestellt, die zu folgenden recht interessanten Ergebnissen geführt haben: 31 von den Patientinnen wurden zum ersten Mal von der Krankheit befallen zur Zeit des Eintritts der Menstruation oder der Menopause, bei dreien traten die Anfälle während jeder Gravidität auf und verschwanden jedesmal völlig nach der Entbindung, bei 5 dauerten dieselben nur während des ersten Schwangerschaftsmonats an; sehr viel Aerger in der Stellung als Dienstboten soll in einem Viertel der Fälle die Entstehung des Leidens begünstigt haben, eine hatte den ersten Anfall beim Beginn einer Geisteskrankheit; Heredität konnte nur 10 Mal constatirt werden, die Mehrzahl aller Kranken war vor dem Beginn des Leidens immer

sehr nüchtern gewesen und hatte nie dem Abusus spirituosorum gehuldigt; alle, ausser 3 Individuen, nahmen während des Anfalls nur flüssige Spirituosen zu sich, wie Rum, Kirsch, Aniswasser, Kölnerwasser etc. Dauer und Wiederkehr der Anfälle waren sehr verschieden, bei manchen 2 oder 3 Mal im Jahr, und jeder Anfall hielt einen Monat an, bei einigen länger; trotz der gegentheiligen Behauptung mancher Autoren konnte Verf. bei manchen Individuen während des Verlaufs der Anfälle das complete Bild einer acuten Alkoholvergiftung beobachten; in der Mehrzahl der Fälle gehörten die Patientinnen der begüterten und gebildeteren Gesellschaftsklasse an. In therapeutischer Hinsicht hat sich die Isolirung der Kranken als bestes Mittel erwiesen, da sie die Möglichkeit in sich schliesst, sie zu überwachen und sie allmälig an Nüchternheit zu gewöhnen. *S.*

***Kirona*, Strychnin beim Alcoholismus. — The Lancet. 31. März.**

K. spricht sich sehr zu Gunsten der subcutanen Injectionen des Strychnin bei den meisten Formen des chronischen Alcoholismus aus. Täglich werden 5—10 mg in mehreren Dosen während 3 oder 4 Tagen applicirt und gleichzeitig eine aus ätherischer Eisentinctur und Nux vomica bestehende Mixtur innerlich verordnet. Unter dieser Behandlungsmethode cessirten vollständig die neuralgischen Schmerzen der Lenden und Waden, der Tremor artuum und der tabetische Gang, während jedoch in dem Umfange der vergrösserten Leber keine Abnahme zu constatiren war. Beim acuten Alcoholismus schien das Strychnin nur geringen Effect hervorzubringen. Unter 11 Kranken behaupteten 10, dass nach 3 oder 4 Injectionen der in ihrem Körper befindliche Spiritus rebellisch werde. In solchen Fällen, wo durch den Alkohol keine Symptome erzeugt wurden, brachte das Strychnin weniger Erfolg, als in denen, wo diese ernstlicher hervortraten. *S.*

Morphinismus und Cocaïnismus.

***Scheiber* (Budapest), Ungewöhnliche Folgen einer acuten Morphinvergiftung — Intoxicationspsychose, Amnesie, Aphasie, Agraphie, Alexie, Decubitus acutus. — Zeitschr. für klin. Medicin. 14. Bd. p. 39.**

Dieser Fall, „ein Unicum in der Literatur der Toxikologie und der Intoxicationspsychosen", betrifft eine 54jährige Frau, die im 14. Jahre einen schweren Typhus überstanden, vor der vierten Entbindung mehrfache eklamptische Anfälle hatte, im 45. Jahre, zur Zeit der letzten Menses, an schweren hystero-epileptischen Anfällen litt, im 48. Jahre eine vierwöchentliche Ischias durchmachte und nun nach Erkältung am 1. August 1885 eine Neuralgie (resp. Neuritis) im Bereiche des rechten Plexus lumbalis, —

waltend im Cruralisgebiete bekam. Gegen die Schmerzen erhielt sie am selben Abend eine subcutane Morphiuminjection in die Glutäalgegend (wieviel ?), die am 2. August Morgens und Abends und am 3. August Morgens wiederholt wurde. Am Abend des 3. wurden der Patientin in Zeit von $^1/_4$ Stunde 2 Injectionen gemacht, die zusammen 5 cg Morphium enthielten, sie schlief sofort ein und kam erst nach 48 Stunden am 5. August wieder zur Besinnung, konnte nicht sprechen, zeigte auch noch 8 Tage lang eine Störung beim Sprechen, dass die Wörter ganz anders lauteten, als sie sollten, und blieb noch mehrere Monate lang öfter in der Rede stecken. Auch konnte sie noch 3 Monate nachher weder Geschriebenes noch Gedrucktes lesen. Bereits am 6. August entstand ein handtellergrosser tiefer Decubitus auf den Nates und nach einigen Tagen kleinere Stellen an der rechten Ferse und auf dem linken Fussrücken. Von Anfang an, gleichzeitig mit den Sprachstörungen, machte sich eine 6 Wochen sich hinziehende, bis auf einige Episoden vollständige Amnesie für die sich während dieser Zeit zutragenden Begebenheiten bemerkbar und ein vom Verf. als Paranoia hallucinatoria acuta bezeichnetes, von ihm selbst nicht beobachtetes Irresein; die Kranke war launisch, kindisch, bald melancholisch, bald heiter, glaubte sich von den Ihrigen vernachlässigt und gerieth bei Widerspruch in tobsüchtige Erregung, wobei sie fortlaufen wollte, fluchte, schimpfte und kaum von 6 Menschen im Bette gehalten werden konnte. Der Schlaf war durch Hallucinationen und Visionen gestört.

Als die Kranke Ende September wegen der noch bestehenden Neuralgie des Nervus saphenus major in die Behandlung des Verf. kam, war sie geistig ganz klar, aber noch bei ihrer nach Heilung der Neuralgie gegen Mitte November erfolgenden Abreise nach Hause konnte sie noch nicht schreiben und concipiren, da ihr bei etwas tieferem Nachdenken der Kopf wirr wurde.

In der Epikrise erörtert *Sch.* unter Anderem, dass, analog dem Befunde bei Vergiftungen mit Kohlenoxyd- und Leuchtgas, wahrscheinlich auch in diesem Falle „nebst Hyperämie und Capillarapoplexien im Gehirn und dessen Häuten, besonders in jenen Hirntheilen, die dem Sprach-, Lese- und Schreibcentrum entsprechen, auch hämorrhagische (Erweichungs-) Herde symmetrisch zu beiden Seiten in jenen Theilen des Corpus striatum vorhanden gewesen sein dürften, in denen „Ausfallsherde" nicht nothwendigerweise mit Lähmungserscheinungen verknüpft sind (Nucleus caudatus und lenticularis)".

Den naheliegenden Gedanken, die Psychose nicht als eine toxische, sondern als eine hysterische anzusehen, weist *Sch.* durch die Erwägung zurück, dass trotz der früheren Hystero-Epilepsie von einer habituellen Hysterie nicht die Rede sein könne und weder während noch nach der Psychose hysterische Erscheinungen beobachtet worden seien.

Peretti.

Levinstein, W. (Jena), **Die Therapie der Reconvalescenz nach Morphium- und Cocaïnentziehung. — Med. Wochenschrift. No. 35.**

Verfasser sucht den Schwerpunkt der Behandlung Morphiumsüchtiger nicht in der Entziehung des Giftes; denn nach dieser Seite hin sei regelmässig die Cur geglückt; sondern vielmehr in der Verhütung von Rückfällen. Die gefährlichste Zeit für diese sei gerade die zunächst auf die vollendete Entziehung folgende, in welcher die Reconvalescenten in einem Zustande reizbarer Schwäche und allgemeiner Nervosität sich befinden, schlaflos seien und besondere Neigung zum Alkohol verrathen. Von dem Zustande solcher Kranker in leiblicher wie geistiger Beziehung wird eine treffende Schilderung gegeben.

Die Behandlung solcher Reconvalescenten in einer Anstalt findet grosse Schwierigkeiten wegen der unangenehmen Eigenschaften dieser Classe von Kranken, welche misstrauisch, boshaft und voller Neigung zum Conspiriren sich in den Anstalten unmöglich machen. Es wird daher die Frage aufgeworfen, ob nicht durch Hinzuziehung eines Familienmitgliedes zur Ueberwachung der Kranken (ev. die Ehefrauen) die Aufsicht unterstützt und der Kranke moralisch beeinflusst werden könne. *L.* ist, entgegengesetzt der Meinung *Erlenmeyer's*, gegen die Hinzuziehung der Frauen in die Anstalt, während auch er der Ansicht ist, dass nach der Entlassung diesen die Hauptaufgabe der Ueberwachung zufalle. — Nicht mit den schwärzesten Farben seien die Gefahren jener Zeit bezüglich der Rückfälle zu zeichnen!

Vor der Rückkehr des Genesenen hält *L.* es sogar für nothwendig, Veränderungen in der Möblirung vorzunehmen, z. B. den Schrank oder Schreibtisch, in welchem der Kranke das Morphium verwahrt hatte, verschwinden zu lassen, um die Rückfälle (wegen der Angewohnheit) weniger leicht zu machen.

L. verlangt 6—8wöchentlichen Anstaltsaufenthalt, weitere Ueberwachung, bei — wo möglich wieder beginnender Thätigkeit — nicht unter einem Jahre, um den Curerfolg zu sichern.

Obersteiner, H., **Cocaïn und Morphinismus. — Wien. klin. Wochenschr. No. 19.**

In der Aetiologie des Cocaïnismus handelt es sich fast ausnahmslos um Morphinisten, die von der Meinung ausgehen, mit Hülfe dieses Mittels das Morphium loswerden zu können. Die individuelle Empfindlichkeit dem Cocaïn gegenüber ist eine sehr verschiedene; es giebt Menschen, bei denen es niemals zur Cocaïneuphorie kommt, und ebenso ist auch die Zahl, nach welcher die chronische Cocaïnintoxication auftritt, eine wechselnde (oft schon nach wenigen Tagen und einigen Grammen). Unter der Einwirkung des Cocaïns leiden Körper und Geist in gleicher Weise. Rapider Verfall der Kräfte, Abmagerung zum Skelett tritt bei dem Morphinisten ein, nachdem er Cocaïn in Anwendung gezogen. Von Seiten der Psyche sind die

Erscheinungen entweder gleichmässig anhaltend oder paroxysmenweise zunehmend mit mehr oder weniger freien Intervallen, Angstgefühle, Wahnvorstellungen (Verfolgungsideen) und Hallucinationen (meist des Gesichts, Gefühls und Gehörs) treten auf; letztere meist mit unangenehmem Inhalt. Zwei Hauptarten von Cocaïn-Hallucinationen kann man mitunter abwechselnd an demselben Individuum beobachten. Bei der ersten Art schreckhafte Gestalten, fratzenhafte Gesichter, Illusionen, Werfen und Schiessen nach den vermeintlichen Verfolgern, Angst etc. Wieder zeigt sich die zweite Art mit Veränderungen des Hautgefühls (kleine Thiere an Haut und andere Arten, vermeintliche Läuse, Milben etc.). Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Impotenz vervollständigen das Bild des Cocaïnismus, können aber meist auch auf Rechnung des Morphiumgebrauches geschrieben werden. Die Erscheinungen der Cocaïnabstinenz können sich gelegentlich erst spät nach dem Aussetzen des Cocaïns (14 Tage und mehr) geltend machen, ohne dass irgend welche Abstinenzerscheinungen vorausgegangen sind; ferner sind diese Abstinenzerscheinungen oft viel hartnäckiger als nach Morphiumentziehung; sie können Wochen, selbst Monate lang in nahezu gleicher Intensität fortbestehen. Das Verlangen nach Cocaïn wird gar nicht oder milder geäussert, als bei Morphin. Angstzustände, Wahnvorstellungen, Hallucinationen treten auch in der Abstinenzperiode wie während des Cocaïngebrauches mit schwankender Intensität auf; sie wechseln hier mit Perioden klarer Einsicht und Ruhe. Collapszustände treten oft plötzlich ein, und handelt es sich nicht dabei um Morphiumcollaps, da eine neue Morphiumgabe keinerlei Erleichterung bringt. Die Ernährung hebt sich mitunter rasch nach dem Aussetzen des Cocaïns, meist dauert es aber lange, ehe die tiefgreifende Veränderung des Organismus wieder ausgeglichen ist. — Aus der Morphiumentziehungscur will Verf. die Cocaïntherapie trotzdem nicht ganz eliminirt sehen, doch soll man erst zum Cocaïn greifen, wenn absolut kein Morphium mehr gereicht wird und die Abstinenzerscheinungen am heftigsten zu werden beginnen (24 bis 48 Stunden nach der letzten Morphiumgabe). Ferner soll das Cocaïn innerlich nicht subcutan verabreicht werden, am besten in einer wässrigen Lösung mit Zusatz von etwas Salicylsäure. Die Einzeldosis 0,05—0,1 reiche man mehrmals täglich, doch nicht mehr als 0,5 pro die. Am 2. oder 3. Tage gehe man mit dem Tagesquantum rasch herunter und setze die Cocaïnbehandlung nicht länger als 5—6 Tage fort. Sollten sich die geringsten Erscheinungen einer Intoxication zeigen, so muss das Mittel alsbald gänzlich bei Seite gelassen werden. — Mit diesen Cautelen brauche man ein Mittel nicht zu verwerfen, das die furchtbaren Leiden der Morphiumabstinenz abzukürzen im Stande ist. *S.*

Andere Intoxicationen.

Roesen, Johannes, Ueber Vergiftung durch Amylnitrit. — Centralbl. f. kl. Med. No. 43.

Ein 22jähriger Student erkrankt an Epilepsie und wird mit Inhalationen von Amylnitrit behandelt; guter Erfolg. Pat. bekam 1 Fläschchen des Mittels mit genauer Gebrauchsanweisung in die Hand. Als eines Nachmittags wieder der epileptische Anfall im Anzug war, roch er an seinem Fläschchen, wurde dann für einen Augenblick unbesinnlich; von da ab hatte er einen sehr üblen Geschmack und bekam heftiges, übelriechendes und übelschmeckendes Aufstossen. Er erinnerte sich dann, dass er in der Verwirrung des drohenden Anfalls ein grösseres Quantum Amylnitrit getrunken hatte. Es traten nun Kopfschmerzen, Uebelbefinden und immer häufigeres Aufstossen ein. In Folge zunehmender Brechneigung und Uebelbefinden reizte Pat. sich am Abend zum Erbrechen und entleerte ausser genossenem Wasser eine grosse Quantität fast unveränderter Speisen vom Mittag, die deutlich und stark nach Amylnitrit rochen.

Als Verf. bald darauf den Pat. sah, fand er ihn sehr angegriffen und bleich aussehend, mit blutleeren Lippen. Respiration ruhig, Puls 110. Haut feucht; Pupillen ohne Veränderung. Fühlt sich matt, klagt über benommenen Kopf, Brennen im Hals, Druck in der Magengegend. — Pat. hatte ungefähr 12—15 g Amylnitrit geschluckt. Urin etwas dunkel, nicht trübe, ohne Blut. Nach 1 Tag wieder Wohlbefinden.

Dieses ist der erste bisher beschriebene Fall von Vergiftung durch Amylnitrit. — Auffallend ist, dass trotz der relativ grossen Quantität des genossenen Präparates die Vergiftungserscheinungen nur in geringem Maasse aufgetreten sind. Die alleinigen Folgen waren: Magenkatarrh, leichte Anätzung der Schleimhäute, leichte Affection des Centralnervensystems, etwas beschleunigte Herzthätigkeit. *S.*

Lyssa.

Horsley, Victor, Ueber Hydrophobie und ihre Behandlung durch das heisse Luftbad (Methode ***Buisson***). — The british medical Journal. Juni.

Die weit verbreitete Ansicht der Laien, Wasserscheu sei durch eine Schweisscur zu heben, fand Unterstützung durch den Franzosen Dr. ***Buisson***, der an sich selbst Symptome der Wasserscheu bemerkte, die durch Heissluftbäder schwanden. In Folge dessen verspricht Dr. ***Buisson*** unfehlbare Heilung, wenn die Behandlung durch Bäder am ersten Tage eintritt, an welchem sich die Symptome zeigen. Die Erfahrung hat seine Behauptung nicht bestätigt. Trotzdem verlangt man, besonders infolge der Agitation gegen die Vivisectionisten, die durch Aerzte sogar unterstützt wurde, An-

wendung der Methode *Buisson* an Menschen, die an Hydrophobie erkrankten. Verfasser hat es unternommen, die Behandlungsweise sowohl therapeutisch als prophylaktisch an Kaninchen zu erproben. Er impfte 11 Kaninchen mit dem von *Pasteur* sogenannten „Virus fixe" und unterwarf sie am 8. Tage, als die ersten Symptome sich zeigten, der Behandlung im heissen Luftbad. 3 anderen Kaninchen impfte er Gift aus dem Rückenmark eines wuthkranken Hundes ein und behandelte sie dann ebenso (die Symptome treten hierbei am 16. Tage auf, selten früher). Ferner behandelte er 2 andere Kaninchen nach gleicher Impfung mit „Virus fixe" prophylaktisch mit dem Luftbade vom dritten Tage nach der Impfung an. — Die Wirkung des Wuthgiftes auf Kaninchen ist eine andere, als auf andere Thiere: es tritt keine Aufregung ein, sondern eine Lähmung der hinteren Extremitäten und später des ganzen Körpers; das Thier wird apathisch und stirbt in Bewusstlosigkeit und Schlafsucht, gewöhnlich am 3.—4. Tage nach dem Auftreten der ersten Symptome. — Der Einfluss des Heissluftbades auf das geimpfte Thier ist derselbe, wie bei dem gesunden Thier (Erhöhung der Körperwärme, Beschleunigung der Herzthätigkeit und der Athmung), jedoch schneller und stärker auftretend; auch die Apathie und Bewusstlosigkeit trat bei dem kranken Thier hierbei schneller ein, als ohne das Bad. (Analog mag die Wirkung des Bades beim Menschen gewesen sein, wo durch die Behandlung Krämpfe gelindert wurden.) Die Lähmung des kranken Thieres wurde durch das Bad beschleunigt und verstärkt. — Bei der prophylaktischen Behandlung der geimpften Thiere war der Erfolg des Bades der, dass die Krankheitserscheinungen 2 Tage früher eintraten, als ohne Bad, und in gleicher, beschleunigter Weise verliefen. — Referent führt dann noch 2 Fälle von Behandlung wuthkranker Menschen durch Heissluftbäder an; im ersten Fall (Dr. *Southam*, Manchester. British medical journal 1881, Seite 815) war die Wirkung des Bades eine wohlthuende, beruhigende, einschläfernde, aber durchaus nicht heilende; und verhinderte den schlimmen Ausgang nicht; im zweiten Fall (Dr. *Southey*, Medical press and circular 1887, Seite 72) war die Wirkung eine aufregende: der Patient klagte über die Behandlung und wollte nichts von der Fortsetzung wissen; auch in diesem Falle trat der Tod ein. — Referent schliesst also, dass man dem Heissluftbad hierbei durchaus keinen heilenden, höchstens einen beruhigenden Einfluss zuschreiben darf, und dass für die fernere Behandlung wuthkranker Menschen — sofern sie nicht nach der Methode *Pasteur's*, oder mit dieser erfolglos behandelt wurden — man sich wohl so lange auf Linderung der Symptome durch starke Narcotica zu beschränken haben werde, als man noch nicht durch Behandlung von Kaninchen mit Arzneien und anderen Mitteln ein sicheres Heilmittel aufgefunden hat.

11. Idiotie und Cretinismus. Referent: Wildermuth-Stetten.

Bourneville, Zwei Fälle von Idiotie mit Pachydermie. — Archiv. de Neurolog. Novemb.

Nach *Bourneville* sind die Fälle von Pachydermie in Wirklichkeit häufiger als man nach der Zahl der in Asylen aufgenommenen Kranken dieser Kategorie annehmen sollte. Er berichtet über zwei ihm bekannt gewordene Fälle, welche die charakteristischen Symptome dieses Leidens tragen; bei beiden Kranken nämlich waren vorhanden: röthliche, grobe Haare, spärlich besonders in der Mitte des vorderen Drittels des behaarten Kopfes. Auf der behaarten Kopfhaut findet sich ein Ekzem; die grosse Fontanelle ist nicht geschlossen, die Dentition mangelhaft und verzögert; die Haut fettig, in's Gelbliche spielend, glänzend, zu Ekzemen geneigt. Der untere Theil der Wangen ist verdickt, gleichsam schlotternd. In der Infra-Claviculargrube finden sich fettartige Massen. Hände und Füsse sind dick, aufgetrieben wie beim Oedem, obgleich der Fingerdruck nirgends eine Spur zurücklässt. Die Stimme ist rauh, kreischend. Häufiges Vorkommen von Hernien (in den beiden von *B.* beschriebenen Fällen Umbilicalhernien). Muthmaassliches Fehlen der Schilddrüse.

Boland, E., Talentirte Idioten. — The Alienist and Neurolog. Januar.

Beschreibung eines Falles von Idiotie mit ausgesprochenem Talent zur Berechnung von Kalenderdaten. Der 17jährige Knabe kann bis zu 1875 zurück ohne weiteres das Datum jedes beliebigen Wochentages angeben. Von hereditären Momenten ist höchstens zu erwähnen, dass Fälle von Taubstummheit in der Familie der Mutter vorgekommen sind. Insbesondere war die Grossmutter des Knaben mütterlicherseits taubstumm. Der Knabe litt an angeborenem Staar, lernt erst mit 3 Jahren gehen, mit 4 sprechen und war überhaupt sehr schwächlich bis zum 10. Jahre. Dermalen sieht er mit dem linken Auge (scheint auf demselben operirt worden zu sein); doch ist auch hier das Sehfeld beschränkt, die Sehschärfe herabgesetzt; Farbensinn normal. Stammeln, besonders in erregter Stimmung. Sprache durchaus kindisch. Kann kleine Aufträge ausführen, versteht auf der Orgel oder dem Piano einfach nach dem Gehör Melodiefragmente nachzuspielen. Der Unterricht war durch das schlechte Gesicht sehr behindert. Er kann bis auf jede beliebige Zahl zählen und ist sehr gewandt im einfachen Kopfrechnen. Anhänglich an die Heimath. Verf. führt dann noch aus den Vorträgen von *Langdon-Down* verschiedene Fälle von Idiots savants an. Der vorstehende Fall ist besonders deshalb merkwürdig, weil für gewöhnlich das Rechnen die schwächste Seite der Idioten ist. Ref.

kann nicht umhin zu bemerken, dass ihm noch nie ein Fall von auffallender einseitiger Begabung vorgekommen ist. Nur bei einem jugendlichen Epileptiker, der mannigfache psychische Eigenthümlichkeiten hatte, aber keineswegs als Idiot zu bezeichnen war, fand ich ein ungewöhnliches Rechentalent. Häufiger scheinen die Fälle zu sein, in welchen bei mässig begabten Kindern durch unverständige Erziehung irgend eine Fähigkeit in einseitiger Weise auf Kosten der allgemeinen Entwickelung künstlich gezüchtet wird. Diese unglücklichen Wunderkinder bleiben dann auf einer frühen Stufe der Entwickelung in verkümmerter Weise stehen, d. h. werden Idioten. Namentlich den Angaben von aussergewöhnlicher Handfertigkeit und technischem Geschick liegt meist eine relative Ueberschätzung zu Grunde.

8. Jahresbericht der Anstalt für Schwachsinnige in Mosbach.

Krankenstand 81, 45 Knaben, 36 Mädchen. Eingetreten 41, ausgetreten 14, gestorben 2. Verhältnissmässig gute Resultate bei den Entlassenen. Unter den Eingetretenen des Berichtsjahres überwiegen die Pfleglinge. Neben dem Schulunterricht lanwirthschaftliche Arbeit, Anfertigung von Strohmatten, Waschseilen bei den Knaben, bei den Mädchen die üblichen Handarbeiten.

25. Jahresbericht der Kückenmühle, 1887—1888.

Im Ganzen 229, 119 männl., 110 weibl. Kranke. Gestorben 10, darunter 6 an Lungenschwindsucht.

29. Bericht über Hephata, evang. Erziehungs- und Pflegeanstalt für Blödsinnige zu M. Gladbach vom Jahre 1887, erschienen 1888. Vorsteher Dir. *Berthold.*

Durchschnittlicher Krankenbestand 172—175 und zwar 149 m. 57 w. Kranke; insgesammt verpflegt 206, mit 63045 Verpflegungstagen. Neuaufgenommen 35 und zwar 27 m. 8 w.

Abgegangen sind im Ganzen 34, 26 m. 8 w. und zwar gestorben 7, bildungsunfähig entlassen 8, in eine Irrenanstalt versetzt 1, gebessert entlassen 9, confirmirt entlassen 9.

Von letzteren wird eine kurze Beschreibung gegeben und wir können der Anstalt Hephata zu ihren Erfolgen nur Glück wünschen. Ein 17jähriger von klein auf schwachsinniger Knabe lernte nicht nur deutsche und lateinische Schrift fliessend lesen, sondern auch grammatikalisch und orthographisch richtig schreiben und einen leichteren Aufsatz in logischer Ordnung machen, und leistete in der Formenlehre, den Realien, im Rechnen, Zeichnen und Singen Befriedigendes. Ein von Geburt an „Blödsinniger" war nach 7jährigem Aufenthalt in der Anstalt im Stande richtig zu lesen, den Inhalt mündlich und schriftlich wiederzugeben, kleine kalligraphisch und orthographisch correcte Aufsätze zu fertigen und die schwierigsten

Ornamente, Landschaften, Köpfe etc. in sauberster Ausführung ziemlich selbständig nachzuzeichnen.

Rober F., in Folge von Hirnentzündung schwachsinnig und halbseitig gelähmt, lernt alles, was von einem Schüler der niederen Realklassen gefordert wird und zeichnet sich im Religionsunterricht durch gute Auffassung, richtiges Verständniss und Erfassen des Gelernten aus, und August A., blödsinnig in Folge von Krämpfen beim Zahnen, fertigt nach 7jährigem Anstaltsaufenthalt Aufsätze die, logisch geordnet, von Nachdenken zeugen, und zeichnet sich im Religionsunterricht durch gründliches Wissen aus Lehre und Geschichte, und tieferes Auffassen der Wahrheit aus.

Was versteht Herr *Berthold* nun eigentlich unter Blödsinn? Nach der allgemein üblichen Auffassung ist das die niederste, bildungsunfähige Stufe der Idiotie, während hier von Erfolgen die Rede ist, die auch beim leichtesten Grad des Schwachsinns sonst nicht erzielt werden. Interessant wäre zu wissen, ob unter dem so häufig im Bericht angeführten Stottern nicht auch das Stammeln eingerechnet ist; ersteres, im wissenschaftlichen Sinne ist, nach Erfahrung des Referenten wenigstens, bei Idioten sehr selten. — Die über Industrie und Oekonomie gegebene Uebersicht lässt erkennen, dass der gewerbliche und Handarbeitsunterricht in Hephata wohl entwickelt ist, wie Ref. aus eigener Anschauung bestätigen kann. Vermisst wird, dass die Procentzahl der industriell und ökonomisch beschäftigten Kranken nicht angegeben ist.

16. Jahresbericht über die Idiotenanstalt in Kiel. Vorsteher *J. Meyer*.

Am Schluss des Jahres 1887 Bestand im Ganzen 56 Kranke, 31 m. 25 w. Im Jahre 1887 19806 Verpflegungstage. Der Unterricht besteht in den gewöhnlichen Schulfächern, ausserdem findet gewerblicher und Handarbeitsunterricht statt, der sich neben den gewöhnlichen weiblichen Arbeiten auf Anfertigung von Matten aus Binsen und Tuchegazen, Wollzupfen, Wollekratzen erstreckt. Aufgenommen 8 Pfleglinge, ausgetreten 6, gestorben 2 an Tuberculose.

Bericht über die Idiotenanstalt Neu Erkerode bei Braunschweig. Vorsteher Pastor *Palmer*. 1887.

Am Schluss des Berichts-Jahres im Ganzen 187 Pfleglinge, 114 m. 73 w., darunter 72 Epileptiker. In den letzten 2 Jahren 62 Aufnahmen, 20 Entlassungen, 21 Todesfälle.

2. Bericht d. Anstalt für katholische idiotische Kinder zu Essen a. d. Ruhr.

Am Ende des Berichts-Jahres Bestand 73; Gesammtzahl der Verpflegten 76. Einrichtung eines Asyls für nichtbesserungsfähige Kinder in Styrum bei Oberhausen. Ausserdem ist die Einrichtung einer Klasse für taubstumme Schwachsinnige in Angriff genommen.

Idiotenanstalt St. Josephshaus bei Gmünden a. M. von 1885—1887.

Zahl der Zöglinge am 1. Juli 1885 37; von 1885—1887 neu aufgenommen 35; Gesammtzahl der Verpflegten 72. Von diesen gingen ab: als genügend ausgebildet 5, als gebessert 2, als bildungsunfähig oder aus äussern Gründen entlassen 7, gestorben 4, dermaliger Bestand 54, 40 Knaben, 14 Mädchen. Ausser dem Schulunterricht Unterweisung in Stroharbeiten und bei Mädchen in den gewöhnlichen Handarbeiten.

4. Jahresbericht der Stephanienstiftung in Wien zur Erziehung und Pflege schwachsinniger Kinder für 1886, erschienen 1887,

der sich namentlich mit Darlegung der Einrichtung des Unterrichts eingehend beschäftigt. Am Schluss des Berichts-Jahres 1886 56 Kinder, 24 Knaben, 32 Mädchen; am Schluss des Jahres 1887 51. Davon sind gar nicht oder nur in geringem Grade bildungsunfähig 10. Kindergarten und Elementarklasse besuchen 8, bildungsfähig in höherem Grade sind 33. Für besonders zweckmässig und nachahmungswerth müssen wir die Einrichtung einer Extra-Klasse für den Kindergarten erklären. 16 Kranke sind mit epileptischen Zuständen behaftet.

12. Bericht der Idiotenanstalt Niedermarsberg pro 1886.

Bestand am Schluss des Berichts-Jahres 1886 71 Knaben, 38 Mädchen, im Ganzen 109, verpflegt in 7 Abtheilungen. Das Wartepersonal besteht aus 16 barmherzigen Schwestern, 1 Wärter. Aufgenommen wurden 38, ausgetreten sind 10.

Royal Albert Asylum, Lancaster. — British medic. Journ. Sept.

Gelegentlich der Einweihung einer Festhalle in dem Royal Albert Asylum der bekannten Idiotenanstalt für Lancaster wird eine kurze statistische Uebersicht über die Erfolge dieser seit 1870 eröffneten Anstalt gegeben. Im Ganzen wurden aufgenommen 1151 Kranke, davon starben 174. 553 bilden den gegenwärtigen Stand der Anstalt, 424 wurden entlassen. Von diesen wurden als geheilt entlassen, „so dass keine Spur von Schwachsinn zurückblieb“ 4, (es handelt sich hier wohl um Fälle von jugendlichem Irresein? R.); als sehr gebessert 110; als mässig gebessert 120; als „nur wenig“ gebessert 125; als ungebessert 165. In runder Summe ergibt sich demnach 1 pCt. Geheilte, 84 pCt. Gebesserte. Bei 176 der früheren Pfleglinge konnte der weitere Lebenslauf verfolgt werden. Dabei wurde constatirt, dass

im Stande sind um Lohn zu arbeiten	10 pCt.
„ „ „ zu Hause um Geld zu arbeiten	15 „
zu Hause halten sich auf und zwar sind die meisten dieser Rubrik im Stande sich irgendwie nützlich zu machen	17 „
in Armenhäusern oder Irrenanstalten sind untergebracht . . .	51 „

(die Zahlen stimmen nicht ganz). Als Grundlage der Erziehung und des Unterrichts bei Idioten wird mit Recht die Aufgabe dargestellt, bei jedem einzelnen die Fähigkeit zu entdecken, welche eine Weiterentwicklung verspricht.

An der Spitze der Anstalt steht seit ihrer Gründung der M. Dr. *Shuttleworth*, der sich um die wissenschaftliche Kenntniss der Idiotie nicht weniger Verdienste erworben hat, als um die practische Erziehung und Ausbildung seiner Pfleglinge. Gelegentlich sei bemerkt, dass Deutschland das einzige Land ist, in welchem die Mehrzahl der Idiotenanstalten nicht unter ärztlicher Leitung steht. In Frankreich und England gilt es für selbstverständlich, dass die Pflege und Behandlung aller Arten von Geisteskrankheiten in das medicinische Ressort gehören.

40. Jahresber. der Heil- u. Pflegeanstalt für Schwachsinnige u. Epileptische in Stetten. 8°. 63 S.

Bestand Ende 1887 auf Abtheilung der Epileptischen 158 (85 M. 73 F.), auf der der Idioten 162 (114 M. 48 F.).

I. Abtheilung für Epileptische. Ausgetreten 29 (14 m. 15 w.), davon genesen 3 (2 m. 1 w.), 2 mit Epilepsie, 1 mit Hysterie, sehr gebessert 1 F., gebessert 14, wovon 13 mit Epilepsie und 1 mit Hysterie und Schwachsinn, ungeb. 4 (3 m. 1 w.), gest. 7 (2 m. 5 w.). Eingetreten 34 (20 m. 14 w.), davon leiden an typischer Epilepsie 24 (16 m. 8 w.), bei 3 von ihnen Form von Petit mal, 2 m. und 3 w. sind geistig normal, also c. 20 pCt. Bei 8 m. und 4 w. Kranken ist intellectuelle Schwäche, bei 2 m. periodische Geistesstörung, bei 2 Kranken zeitweise mit Verwirrtheit, bei 3 Kranken ausgesprochenes moralisches Irresein. An halbseitiger Lähmung leiden 3, an Hysterie 1 Knabe und 3 Mädchen. Bei 70 pCt. der Eingetretenen Anomalien des Patellarreflexes. Benutzt Bromsalze, Atropin und Extr. Bellad., Amylenhydrat mit Erfolg gegen nächtliche Anfälle. Antifebrin wirkungslos. Ein Nichtepileptischer ist nie durch den Anblick eines Anfalls epileptisch geworden, Schreck veranlasst den Anfall bei vorhandener Disposition.

II. Abtheilung für Idioten. Ausgetreten 20 (11 m. 9 w.) und zwar genesen 1, gebessert 9, ungebessert 3, gestorben 7. Die Genesene von 8 J. litt an moralischem Irresein. Eingetreten 19 (12 m. 7 w.), hereditär belastet 50 pCt. Degenerationszeichen bei 72 pCt. — Ausgaben 205525 M. Als Gesunde arbeiteten 118 Personen.

41. Bericht der Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige in Mariaberg, Württ. Vom J. 1887—1888. (Dir. *K. Rall.*) 8°. 56 S.

Bestand 1. Juli 1887 109 (67 m. 42 w.), aufgenommen 10 (6 m. 4 w.), ausgetreten 3, gestorben 3, blieben 113, davon in der Heilanstalt 26 (14 m. 12 w.) schulfähige, 48 (36 m. 12 w.) arbeitsfähige, in der Bewahranstalt

39 (20 m. 19 w.) Pfleglinge. In der letzteren können nicht mehr aufgenommen werden, für die erstere wären mehr geeignete Aufnahmen erwünscht. Die 3 Gestorbenen lebten 21, 14 und 38 J. Sie starben an Peritonitis, Phthisis und Nephritis. Landwirthschaft wohlthuend. — Ausgaben 55360 M.

15. Jahresbericht pro 1887 über das Erziehungshaus für schwach- und blödsinnige Mädchen zu Hasserode bei Wernigerode. 8°. 16 S.

Im Anfange des Jahres 28 Zöglinge, aufgenommen 2, ausgetreten 2, gestorben 1, blieben 27. Ausgaben 11052 M.

Bei aller Anerkennung für das, was in diesen Anstalten gearbeitet und erreicht wird, kann ich doch nicht umhin, auf zwei Punkte aufmerksam zu machen, die man in den meisten nicht ärztlichen Berichten aus Idiotenanstalten regelmässig betont findet. Erstens die Auffassung, als ob es sich bei Idioten um eine Erkrankung des Willens handle, der die Affection des Intellects nachfolge, jene höchstens coordinirt sei. Gerade bei diesen Kranken könnten sich die betreffenden Herren mit Leichtigkeit überzeugen, dass der Wille kein selbständiges, so zu sagen in der Luft hängendes Seelenorgan ist, sondern dass die motorischen Momente des Seelenlebens auf's innigste mit dem Vorstellungsleben zusammenhängen und von ihm bedingt sind; dass der Wille nur eine Etappe zwischen der Vorstellung einer Handlung und deren Ausführung ist. Die Erziehung kann demnach nur indirect auf den Willen einwirken, indem sie das Vorstellungsleben (namentlich auch die hemmenden Vorstellungen) stärkt und erweitert. Zweitens fällt uns die Behauptung auf, dass bei Idioten ein besonderes Verständniss für Religion und religiöse Dinge vorhanden sei, „eine ausserordentliche Empfänglichkeit für das Ewige" wie ein Pastor Kobelt[1]) sich ausdrückt.

Da gegenwärtig in den meisten Idiotenanstalten der Religionsunterricht und die erbauliche Unterweisung eine so ganz überwiegende Rolle spielen, so ist es nicht anders möglich, als dass die Pfleglinge eine gewisse Routine im Gebrauch erbaulicher Redensarten, gelegentlich auch eine relativ grosse Kenntniss in Bibelstellen, Liederversen etc. besitzen. Man frage aber einmal solche Kinder nach der Bedeutung eines der christlichen Feste, nach den einfachsten Begebenheiten aus der biblischen Geschichte und ihrem Zusammenhang, so wird man sich überzeugen, wie es mit „diesem Eindringen in die Heilswahrheiten" bei der Mehrzahl der Idioten bestellt ist. Das Festhalten jener Ansichten ist ein Beweis dafür, wie sehr ein einseitiger tendenziöser Standpunkt objective Beobachtung verhindert, und speciell wie ein richtiges psychologisches Verständniss

[1]) Auf der Conferenz der Idiotenpfleger in Stuttgart.

der als Idiotie bezeichneten Geistesstörung nur vom psychiatrischen Standpunkt aus möglich ist. Es wäre für die nicht ärztlichen Vorsteher der fraglichen Anstalten nicht unnützlich und im Interesse ihrer Kranken sehr zu wünschen, dass sie sich mit diesem Standpunkt einigermaassen bekannt machten. Die in manchen dieser Berichte übliche sentimental-süssliche Darstellung ist zu bedauern, weil sie dem ferner stehenden Publikum ein ganz falsches Bild von dem Leben in diesen Anstalten geben muss. Ein nüchterner sachlicher Ton, welcher den erfreulichen wie den traurigen Seiten, der Wirklichkeit entsprechend, in gleicher Weise gerecht wird, ist weit eher im Stande, den vielen noch herrschendsn Vorurtheilen gegen die Anstalten entgegen zu treten.

Ole Bull **(Christiania), Schwerhörige, Taube und Geistesschwache.**
Nork Magazin for Lägevidenskaben. 1887. No. 6 u. 7.

Als Grundlage dieser ziemlich umfangreichen, sorgfältigen und interessanten Arbeit dienten dem Verfasser seine Untersuchungen der Gehörorgane und der Hörfähigkeit — bez. der Augen und der Sehschärfe — der Zöglinge in den Abnormanstalten von Christiania. Die Resultate sind in tabellarischer Ordnung mitgetheilt. *Bull* untersuchte 91 und 37 Zöglinge zweier Taubstummenanstalten (bezüglich dieser ist zugleich der Zustand des Schlundes und Rachens, ihre event. Sprechfertigkeit und die Ursache der Taubheit notirt); die 96 und 98 Insassen zweier Anstalten für Geistesschwache; endlich die 30 und 29 Schüler zweier Stümperklassen, „Arrière-Klassen" (Kinder, welche wegen unzulänglicher geistiger Fähigkeit aus den öffentlichen Normalschulen ausgeschaltet worden sind). Unter den 59 Stümpern fanden sich 34 (57 pCt.), welche grossentheils infolge bestehender oder abgelaufener Trommelfellhöhleneiterung schwerhörig waren. Beinahe die Hälfte der letzteren verstand die Flüstersprache nicht über 1 Fuss Entfernung. Bei 8 Stümpern (13 pCt.) zeigte die objective Untersuchung Fehler des Gesichtssinnes; von diesen 8 Schwachsichtigen gehörten 6 zu den Schwerhörigen. Unter den Geistesschwachen waren 53 (27 pCt.) mit wesentlich beschränkter Hörfähigkeit und entsprechenden objectiv wahrnehmbaren Mängeln des Gehörorgans; bei 30 (circa 15 pCt.) fanden sich pathologische Veränderungen der Augen mit grösserer oder geringerer Gesichtsschwäche. Von den 30 Schwachsichtigen waren 15 zugleich schwerhörig. — Von den 128 Taubstummen waren 20–30 pCt. völlig taub, an 30 pCt. hatten Vocalgehör (von letzteren verstanden 11 [8½ pCt.] sogar Worte); die übrigen hatten Schallgehör. 43 waren taub geboren, darunter entstammten 10 [23 pCt.] consanguinen Ehen; 19 waren nach Scharlach, 19 nach Gehirnentzündung taub geworden. Von den 100 Taubstummen, welche über 1½ Jahre in den beiden Anstalten zugebracht (welchen Zeitraum Verf. nothwendig für das Erlernen des Sprechens betrachtet) redeten 49 verständlich. Von diesen hatten 28 (57 pCt.) einen Theil ihrer Hörfähigkeit; von den 51, die nicht verständlich redeten, hatten nur 13 pCt.

etwas Hörfähigkeit. Ob die Taubheit angeboren oder erworben, schien für die Fähigkeit zum Sprechenlernen ohne besonderen Belang zu sein — Verf. nimmt mit Recht an, dass die Bedeutung der Leistungsfähigkeit der höheren Sinnesorgane für die geistige Entwicklung noch keine hinreichende Anerkennung gefunden hat.

Er schliesst aus den vorliegenden Untersuchungen, dass manche „schlecht begabte" Kinder einzig an Mängeln des Gehörs- und Gesichtssinnes leiden, sowie dass „;Geistesschwäche" oft im genauesten Zusammenhang mit genannten Mängeln steht. In Betracht der hohen Bedeutung einer, wenn auch geringen Hörfähigkeit für das Erlernen der Sprache räth er, in Taubstummenanstalten auf jede Weise (Sprachrohr, Prothese) dem etwa vorhandenen Gehör der Zöglinge zu Hilfe zu kommen. Vor allem aber dringt er darauf, alle Abnormschulen mit ärztlichen Fachmännern zu versehen, welche nicht nur die Zöglinge bei der Aufnahme einer genauen physikalischen Untersuchung zu unterziehen haben, sondern auch die bei manchen Zöglingen mit Erfolg zu beschaffende Behandlung der Gehörs- und Gesichtsorgane leiten sollen. *S.*

---

12. Anstaltswesen. Referent: Laehr-Schweizerhof.

Turnbull, A. R., Familienpflege für Geisteskranke. — J. of ment. Sc., Oct.

Zur Pflege in fremden Familien eignen sich ruhige, meist schwachsinnig gewordene oder von Jugend auf gewesene Kranke, die in der eigenen Familie nicht untergebracht werden können. Es dürfen nicht zu viel in einer Familie oder in einer Ortschaft verpflegt werden (keine Irrencolonie!), damit das gesunde Element überwiegt. Eine derartige Familienpflege ist für die Kranken angenehm, für die Provinz billig und für die Anstalt entlastend. Eine regelmässige Aufsicht seitens einer Centralbehörde ist dringend nothwendig. In Schottland sind 22,8 pCt. aller armen Geisteskranken in Familienpflege; in Fife wurden in den letzten 6 Jahren 68 Patienten aus der Anstalt in Familienpflege gegeben, und 55 sind darin geblieben.

Greene, R., Irrenanstalten; mit Plänen. — J. of ment. Sc., July.

Verf. veröffentlicht den Plan des 1886 erbauten Hospitals für ansteckende Krankheiten am Berry Wood Asylum, Northampton und bespricht folgende für die Errichtung derartiger Gebäude wichtige Punkte: die Entfernung vom Hauptgebäude (am besten c. 90 m), die Grösse (im Allgemeinen

für 12—18 Kranke), Badestube, Tageszimmer, Fenster, Thürconstruction, Fussboden, Wände, Heizung.

Bericht über die städtische Irrenpflege in Berlin vom 1. Apr. 1887—1888. Fol. S. 31. (Dir. Dr. *Sander*.)

I. Bestand 2273 (1130 M. 1143 F.), Zugang 1073 (598 M. 475 F.), Abgang 985 (572 M. 413 F.), blieben 2361 (1156 M. 1205 F.). Davon in Dalldorf 1888 1271 (660 M. 611 F.), in Privatanstalten 1090 (496 M. 594 F.). Aufgenommen aus der Charité 890 (494 M. 396 F.). Entlassen gebessert 584 (327 M. 257 F.), entwichen 34 (26 M. 8 F.), gestorben 367 (219 M. 148 F.). Der Krankenbestand war durchschnittlich um 146 höher als im Vorjahre, und in diesem 195 als vorher. In Dalldorf wurden zum 1. Male 3 Untersuchungsgefangene zur Beobachtung übergeben. In Familienpflege waren 50 Kranke. 52 Wärter und 32 Wärterinnen schieden aus. Die neu erbaute Colonie war bald mit 60 Kranken belegt. 20,000 besuchten die Kranken.

II. In der Irrenabtheilung war Bestand 609 (296 M. 313 F.), Zugang 633 (338 M. 295 F.), Abgang 600 (296 M. 304 F.), blieben 642 (338 M. 304 F.). Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bei 82 unter 6 Monaten, die Krankheitsform war paralytische Seelenstörung bei 70 (43 M. 27 F.), epileptische bei 25 (17 M. 8 F.), Delirium bei 2 (1 M. 1 F.). Mit dem Strafgesetz waren in Conflict 92 (82 M. 10 F.), darunter Gewohnheitsverbrecher 12 (10 M. 2 F.).

III. In der Abtheilung für irre Sieche und Epileptische stehen 400 für Irre, 200 für Epileptische zur Disposition. Bestand 657 (322 M. 335 F.), Zugang 594 (349 M. 245 F.), Abgang 610 (347 M. 263 F.). Von den Aufgenommenen litten 25,2 pCt. an einfacher Seelenstörung, 29 pCt. an Epilepsie, 41,1 pCt. an paralytischer Seelenstörung, 4,7 an Idiotie.

IV. Idiotenanstalten. October 1887 171 Zöglinge. In Privatpflege oder in der Lehre befinden sich 32. — Bestand 156 (107 Knaben 49 Mädchen), aufgenommen 47 (36 Knaben, 11 Mädchen), entlassen 27 (16 Knaben, 11 Mädchen), gestorben 4 Knaben, blieben 172 (123 Knaben, 49 Mädchen).

V. Kosten. In Privatanstalten 668275 M. bei 371332 Verpflegungstagen. Pro Kopf und Tag 1,800 M., im Ganzen 2,104 M. Totalausgabe 1,714,574 M.

Verwaltungsbericht der Prov. Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Rittergut Alt-Scherbitz und des Siechenasyls „Kaiser-Wilhelm-Augusta-Stiftung“ für 1886/87 und 1887/88. 4°. 47 S. (Dir. Dr. *Paetz*.)

Anf. 1886 380 (241 M. 139 F.), aufgen. 199 (125 M. 74 F.), abgegangen genesen 46 (26 M. 20 F.), ungenesen 64 (44 M. 20 F.), gestorben 37 (26 M. 11 F.), blieben 432 (270 M. 162 F.). Im J. 1887 aufgen. 215 (141 M. 74 F.), entl. genesen 43 (21 M. 22 F.), ungenesen 78 (56 M. 22 F.), gestorben 57 (43 M.

14 F.), blieben 469 (291 M. 178 F.). Darunter waren Paralytische 63 (59 M 4 F.), wovon 43 (39 M. 4 F.) starben. Heredität bei Aufnahmen wiesen nach 198 (125 M. 73 F.), Abusus spir. 40 M., Syphilis 21 (18 M. 3 F.). Mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen 38 (29 M. 9 F.). Die irren Strafgefangenen sind von der Aufnahme ausgeschlossen. Selbstmorde kamen nicht vor.

Im Siechenasyl war 1886 Bestand 85 (44 M. 41 F.), aufgenommen 27 (19 M. 8 F.), entl. 3 (2 M. 1 F.), gest. 4 M. Aufgenommen 1887 6 (1 M. 5 F.), entl. 1 M., gest. 19 (13 M. 6 F.), blieben 89 (44 M. 45 F.). 1888 Bestand an Wartpersonal 53 (31 M. 22 F.), an Dienstpersonal 19 (8 M. 11 F.. Bauten beschlossen eine Aufnahme- und Ueberwachungsstation für Männer und Frauen der 1. und 2. Kl., 1 Pflegeanstalt für männliche und weibliche Kranke der 3. Kl., 3 Villen für Männer 3. Kl., 1 Villa für Kranke 1. Kl., 1 Villa für Frauen der 3. Kl., 1 Beamtengebäude. Nach Vollendung wird die Anstalt bis 1000 Kranke aufnehmen können. Ausgaben 1887 277472 M. — Reinertrag 62510 M.

Prov. Irrenanstalt zu Leubus. Aus dem Bericht für 1887 und dem für das 1. Qu. 1888. 8°. 34 S. (Dir. Dr. *Alter*.)

I. Irren-Heilanstalt. Bestand Anf. 1887 192 (90 M. 102 F.), aufgenommen 1887 299 (134 M. 165 F.), abgegangen 292 (145 M. 147 F. blieben Ende 1887 199 (79 M. 120 F.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 6 Mon. bei 244 (94 M. 150 F.). 1 M. war nicht-irre. Heredität nachweisbar bei 115 (46 M. 69 F.), also bei 38,3 pCt. der Aufgenommenen. An Dem. par. litten 30 (23 M. 7 F.). Mit dem Strafgesetz waren 22 (17 M. 5 F.) in Conflict gekommen, vor der Erkrankung 9, sämmtlich bestraft. nach der Erkrankung 11, von denen 7 theilweise mehrmals bestraft waren. Zur Beobachtung aufgenommen 6, deren Krankheitsgeschichte speciell angeführt wird. Bei 5 ist Psychose nachweisbar. Entlassen genesen 92 (43 M. 49 F.), ungenesen 159 (86 M. 73 F.), gestorben 40 (15 M. 25 F.. nicht-irre 1 M. Unter den Genesenen 1 M. mit Dem. par. Von den im 1. Monat ihrer Erkrankung aufgenommenen Kranken genasen 50 pCt., innerhalb 3 Monate 38,2 pCt., innerhalb 6 Monate 31 pCt. Umgekehrt blieben im 1. Falle 20 pCt., im 2. 34,9 pCt., im 3. Falle 45 pCt. ungeheilt. An Lungenschwindsucht starben 9, an Lungenentzündung 8 Kranke. 6 Kranke und 1 Wärterin wurden vom Typhus befallen, wovon 1 starb. Ausgaben 118402 M.

II. Pensionsanstalt. Bestand 37 (23 M. 14 F.), aufgenommen 12 (8 M. 4 F.), abgegangen 8 (7 M. 1 F.), blieben 41 (24 M. 17 F.). 1 M. wegen Morphinismus, in 3 Mon. geheilt. Ueberschuss 3609 M. An den in den grossen Ferien abgehaltenen Cursen nahmen 3 Aerzte mit völlig freier Verpflegung Theil.

Im 1. Quartal 1888 Bestand 199 (79 M. 120 F.), aufgenommen 46

(14 M. 32 F.), abgegangen 58 (27 M. 31 F.), blieben 187 (66 M. 121 F.). Genesen 19 (9 M. 10 F.), gest. 11 (7 M. 4 F.), darunter 1 Suicid.

Bericht über die Verwaltung der Prov. Irrenanst. zu Schwetz für 1. April 1887/88. 4°. 13 S. (Dir. Dr. *Grunau*.)

Bestand 334 (166 M. 168 F.), aufgen. 77 (39 M. 38 F.), davon schieden aus 50 (26 M. 24 F.), verblieben 361 (179 M. 182 F.). Krankheitsdauer der Aufgenommenen bis ½ J. bei 18 (9 M. 9 F.); bis 1 J. 10 (6 M. 4 F.), weiterhin bis 10 J. bei 26 (12 M. 14 F.), von 10—20 J. und länger bei 23 (12 M. 11 F.). Heredität nachweisbar bei 62. 7 Kranke wurden geheilt entlassen, 26 starben, 12 an Tuberculose. 4 Kranke kamen aus der Besserungsanstalt, 3 waren Brandstifter, 1 Kranke hatte Steine auf die Schienen gelegt, 2 hatten Mordversuche begangen, 3 gemordet. — Ausgaben 187142 M.

Bericht über das 67. Verwaltungsjahr der Prov. Irren-, Heil- und Pflegeanstalt bei Schleswig vom April 1887 bis 1888. 4°. 21 S. (Dir. Dr. *Hansen*.)

Bestand 819 (426 M. 933 F.), aufgenommen 242 (121 M. 121 F.), entlassen geheilt 48 (20 M. 28 F.), ungeheilt 112 (51 M. 61 F.), gestorben 67 (39 M. 28 F.), nicht-irre 2 M., blieben 832 (435 M. 387 F.). Unter den Genesenen 1 F. mit circulärem Irresein. Von den Aufgenommenen litten an paralytischer Seelenstörung 21 (17 M. 4 F.), nicht-irre 1 M. Mit Familienanlage 108 (41 M. 67 F.), Trunksucht 10 M., nach Kopfverletzung 2 M., nach Typhus 2 F. Mit Paralyse starben 18 (16 M. 2 F.). Von den 241 Aufnahmen 131 entschieden und 33 wahrscheinlich unheilbar. 4 Fälle von Suicid bei 47 mit ausgesprochener Neigung dazu Aufgenommenen. Der Eine war über 15 J. in der Anstalt und erhing sich nach Entweichung, der Zweite war 8 J. darin und hatte niemals Lebensüberdruss gezeigt, der Dritte ein vor kurzem aufgenommener, nachdem er vom Bettlaken einen Streifen abgerissen, eine Frau erhing sich am Gasarm. Eine eigene Gasanstalt für 35000 M., c. 7 Pf. für Cubikmeter Gas. Landwirthschaft mit 62 Ha, davon 5 in Pacht. 8 Pferde, 41 Kühe, 96 Schweine. — Ausgabe 417851 M.

Bericht über die Verwaltung der vereinigten Bezirks-Irrenanstalten Stephansfeld-Hördt für April 1887 bis 1888, erstattet vom Dir. Dr. *Stark*. 4°. 25 S.

Bestand 1254 (467 M. 568 F.), wovon mit Paralyse 58 (45 M. 13 F.), mit Del. pot. 9 (8 M. 1 F.). Nicht-irre 1 weibliche Untersuchungsgefangene. Aufgenommen 273 (140 M. 133 F.), davon mit Paralyse 14 (8 M. 6 F.), mit Del. pot. 11 M. Nicht-irre waren 3 zu beobachtende Männer. Abgegangen 200 (108 M. 92 F.), davon genesen 50 (26 M. 24 F.), ungenesen 78 (43 M. 35 F.), gestorben 68 (36 M. 32 F.). Blieben 1327 (651 M. 676 F.). Daher

Ueberfüllung. Die Krankenzahl ist in 10 J. um 426 gestiegen. Hereditär nachweisbar unter 100 mit einfacher Seelenstörung 72 mal, unter 13 aufgenommenen Paralytikern keine Heredität, diese aber bei 6 von den 9 mit alkol. Seelenstörung. Von 10 mit dem Strafgesetz in Conflict gerathenen Kranken waren dies 6 nach der Erkrankung, davon 1 bestraft. An Tuberculose starben 16, an Krankheiten der Athmungsorgane 28, das dreifache als sonst im Elsass daran sterben. 72 Hectar Terrain. Nettoertrag der Landwirthschaft 19861 M. — Ausgaben 564744 M.

Verwaltungsbericht der Bezirks-Irrenanstalt bei Saargemünd für das J. 1887/88. 8°. 16 S.

Bestand 1. April 1887 437 (191 M. 246 F.), aufgenommen 164 (90 M. 74 F.), ausgeschieden durch Entlassung 84 (39 M. 45 F.), gestorben 43 (25 M. 18 F.), blieben 474 (217 M. 257 F.). Der ärztliche Bericht bezieht sich auf den Zeitraum vom 1. Jan. bis Ende Dec. 1887. Bestand 456, darunter Dem. par. 39 (20 M. 19 F.), Epil. 28 (18 M. 10 F.), aufgenommen 162 (90 M. 72 F.), darunter nicht-irre 5, mit Dem. par. 30 (20 M. 10 F.), mit Epil. 3 (2 M. 1 F.). Heredität nachgewiesen bei Bestand und Aufnahme in 207 Fällen (102 M. 105 F.), in Dem. par. in 22 (20 M. 2 F.), bei Epil. in 6 Fällen (3 M. 3 F.). Es genasen nicht-irre 3, im Ganzen 31 (13 M. 18 F.). Es starben 38 (23 M. 15 F.), darunter an Dem. par. 20 (14 M. 6 F.), an Epil. 1 F. Es blieben 480 (222 M. 258 F.). Sectionsergebnisse von 38 Kranken. Bei einem Bestande von 22 Wärtern fand ein Zugang von 32 statt; von dem Bestande von 22 waren am 1. April 1888 nur noch 3 vorhanden. — Ausgaben 224240 M., pro Kopf und Jahr 515,53.

Aerztl. Bericht üb. d. Wirksamkeit der Krankenanstalt in Bremen im J. 1888. 4°. 8 S. (Dir. Dr. *Scholz*.)

In der Irrenanstalt war Bestand 159 (81 M. 78 F.), aufgenommen 186 (124 M. 62 F.), entlassen 132 (98 M. 34 F.), gestorben 36 (26 M. 10 F.), es blieben 177 (81 M. 96 F.). Von den Aufgenommenen litten an paralytischer Seelenstörung 9 M., an del. trem. 53 (51 M. 2 F.), nicht-irre waren 5 M. Unter den Entlassenen waren geheilt 85 (69 M. 16 F.), darunter 52 an Delir. trem. (49 M. 3 F.), nicht-irre 5 M. Unter den Gestorbenen starben 7 (3 M. 4 F.) an Phthisis, an Suicid 1 F. Von den frischen Fällen wurden 75,5 pCt. geheilt, nach Abzug der Deliranten 67,3 pCt.

Bericht üb. d. Wirksamkeit und die Verwaltung der Grossh. Oldenburg. Irrenheilanstalt zu Wehnen in den J. 1885—1887. 8°. 42 S. (Dir. Dr. *Hemkes*.)

Klagen über Ueberfüllung, da in der Pflegeanstalt in Blankenburg Platzmangel war. 1887 mussten bei 48 Aufnahmen 41 definitive Ablehnungen erfolgen. Es wurde nunmehr 1887 genehmigt, dass die Heilanstalt

um 100 Krankenpflege erweitert und nunmehr Heil- und Pflegeanstalt wurde. 430000 M. bewilligt für 4 Baujahre und zwar wird die jetzige Heilanstalt Pflegeanstalt und eine neue Heilanstalt gebaut. Der Krankenbetten sind dann 216.

Bestand Anfang 1885 87 (49 M. 38 F.), aufgenommen 1885—1887 179 (95 M. 84 F.), abgegangen in andere Anstalten 7 (5 M. 2 F.), geheilt 48 (29 M. 19 F.), gebessert 37 (19 M. 18 F.), nach Blankenburg 27 (16 M. 11 F.), in die Familie 26 (17 M. 9 F.), gestorben 164 (97 M. 67 F.), blieben Ende 1887 102 (47 M. 55 F.). Unter den Aufgenommenen war bei 69 (31 M. 38 F.) Heredität nachweisbar. Bei einer Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter 6 Wochen sind geheilt 75 pCt., von 7 Wochen bis 3 Mon. 60 pCt., von 4—6 Mon. 26 pCt., von 7—12 Mon. 14 pCt., von längerer Zeit — pCt. Mit Strafgesetzen in Conflict gerathen vor der Erkrankung 0,7 pCt., bestraft 3,6 pCt., nach der Erkrankung 7,8 pCt., bestraft 0,7 pCt. Unter den Gestorbenen 1 Suicid.

Jahresbericht der Kreis-Irrenanstalt Bayreuth für 1887. 8°. 30 S. (Dir. Dr. *Kraussold.*)

Bestand Anfang 1887 316 (182 M. 134 F.), aufgenommen 90 (55 M. 35 F.), abgegangen genesen 18 (5 M. 13 F.), darunter 1 M. mit Dem. par., ungenesen 21 (15 M. 6 F.), gestorben 24 (15 M. 9 F.), darunter 6 M. mit Dem. paral., blieben 333 (192 M. 141 F.). Von den Aufnahmen war nachweisbar Heredität a. bei einfacher Seelenstörung in 76 Fällen (44 M. 32 F.), b. bei Dem. paral. in allen 10 Fällen (9 M. 1 F.), c. bei Seelenstörung mit Epilepsie in 4 (2 M. 2 F.) Fällen. Ein neuer Pavillon für 24 Männer in einiger Entfernung wurde eröffnet. 3 Kranke waren unter den 90 Aufgenommenen mit dem Strafgesetz in Conflict gekommen und zwar nach ihrer Erkrankung, dennoch waren 2 bestraft worden. — Ausgaben 207740 M.

Jahresbericht der n. östr. Landesirrenanstalten Wien, Ybbs, Klosterneuburg und des Irrenanstaltsfiliales Gugging-Kierling pro 1887. gr. 8. 56 S.

a. Irrenanstalt in Wien (Dir. Dr. *M. Gauster*).

Bestand Anfang 1887 865 (439 M. 426 F.), aufgenommen 815 (526 M. 289 F., davon in der klin. Abth. 245 (162 M. 83 F.) abgegangen als geheilt, 192 (150 M. 42 F.), geb. und ungeb. gegen Revers 169 (99 M. 70 F.), in andere Anstalten 251 (145 M. 106 F.), in die Versorgung 35 (31 M. 4 F.), entwichen 1 M., gestorben 224 (135 M. 89 F.), verblieben 801 (399 M. 402 F.) und da der Normalraum 700 beträgt, bleiben 101 über dem Normalstand in Pflege. Von den gegen Revers Beurlaubten 21 (13 M. 8 F.) kehrten in die Anstalt zurück 5 (3 M. 2 F.), wurden geheilt entlassen 12 (7 M. 5 F.), gegen Revers geb. 2 (1 M. 1 F.), blieben daher Ende 1887 beurlaubt 2 M. — Von den 815 Zuwüchsen litten an Idiotie 32 (24 M. 8 F.), an paral. Geistesstörung 146 (125 M. 21 F.), an epil. 64 (41 M. 23 F.), an Hyst. 3 F., an Herderkrankung 6

(1 M. 5 F.), an Alcoholismus 196 (180 M. 16 F.), an Simulation 7 (4 M. 3 F.). Bei mehr als 52 pCt. der männlichen Zuwüchse war der Alkoholmissbrauch die ausschliessliche oder wesentliche Ursache. Bei 102 (64 M. 38 F.) war Heredität nachweisbar. Aus der Familie kamen 156 (105 M. 51 F.), aus der psych. Klinik des allgem. Krank. 651 (414 M. 237 F.), aus anderen Anstalten 8 (7 M. 1 F.). Zum 14. Male wurden 2, zum 17. Male 1 in Pflege genommen. Unter 20 J. waren 53 (33 M. 20 F.), zwischen 70—80 31 (14 M. 17 F.), zwischen 80 bis 90 3 Fr. — Dauer der Krankheit vor der Aufnahme bis 6 Mon. bei 337, über 2 J. bei 342. — Geheilt wurden mit einfacher Geistesstörung 50 (21 M. 29 F.), mit paral. Geistesstörung 4 (3 M. 1 F.), mit epil. 9 (8 M. 1 F.), mit hysterepil. 1 F., mit Delir. alcoh. 128 (118 M. 10 F.), mit Simulation 7 (5 M. 2 F.). — Es starben bei Melanch. 9 (3 M. 6 F.), bei paral. Geistesstörung 104 (86 M. 18 F.), bei epil. 15 (6 M. 9 F.), bei Alcoholismus 8 (7 M. 1 F.) — Die Ueberfüllung, stets vorhanden, war bei 583 Plätzen 3. Cl. noch auf 211 hinausgestiegen. Energische Durchführung der Ventilation, nur des Erysipels konnte man nicht Herr werden.

Amylenhydrat zeigte sich als sicheres Hypnoticum, ist jedoch im Aufregungszustande der Paralytiker nicht andauernd zu geben, besonderes Gewicht ist auf ausgiebige Ernährung zu legen. 96 Obductionen wurden gemacht. Isolirungen bei 354 Kr. an 16,800 Tagen. Keine mech. Zwangsmittel nöthig. Besuche bei 1390 Kr. von 42,508 Personen. Ausgänge hatten 354 Pfleglinge mit, und 9 ohne Begleitung. Beschäftigt wurden 613 Kr. Der Verein unterstützte 118 frühere Verpfleglinge mit 5268 fl. Gerichtliche Commissionen fanden 1887 in der Anstalt 724 an 84 Tagen statt, bei denen 138 Kranke für wieder dispositionsfähig erkannt wurden. Vom Pflegepersonale gingen ab 81 (50 M. 31 F.), wegen Unbrauchbarkeit und Krankheit wurden 17 gekündet, disciplinarisch entlassen 21. 1 Suicid. Die magistrale Kostverschreibung bewährte sich vortrefflich.

b. Landesirrenanstaltsfiliale in Kierling-Gugging. (Leiter Dr. *Krayatsch.*)

Bestand 103 (78 M. 25 F.), aufgen. 159 (96 M. 63 F.), abgegangen geheilt 7 M., gegen Revers 5 (4 M. 1 F.), Gemeindeversorgung 3 (2 M. 1 F.), in andere Anstalt 11 (9 M. 2 F.), entwichen 7 (5 M. 2 F.), gest. 15 (13 M. 2 F.), blieben 214 (134 M. 80 F.). — 2 Pavillons für je 55 Betten sind eröffnet. Besserung mehrerer Kranker durch die Methode nach *Mitchell*, durch Chloral äusserlich bei nächtlichen Schweissen. 2 Mal Schutzjacke zur chirurg. Hilfe. 67 pCt. Abgang des Pflegepersonales.

c. Landesirrenanstalt Ybbs (Dir. Dr. *Langwieser*).

Bestand 483 (224 M. 259 F.), aufgen. 66 (36 M. 30 F.), abgegangen genesen 22 (8 M. 14 F.), ungeheilt 11 M., gest. 45 (24 M. 21 F.), blieben 442 (207 M. 235 F.), somit überzählige Kr. 29 (10 M. 19 F.). Es litten an Geistesstörung mit Lähmung 22 (15 M. 7 F.), mit Fallsucht 44 (19 M. 25 F.). Ursachen: Alkohol 38 (35 M. 3 F.), Familienanlage 79 (36 M. 43 F.), Trauma 17 (7 M. 10 F.), Idiotie 82 (48 M. 34 F.), Menstrualstörung 11 F., Puerperal-

störung 9 F., Hysterie und Neurose 10 (5 M. 5 F.), relig. Einflüsse 9 (5 M. 4 F.), Klimacterium 6 F., Insolation 3 F. — Kein Suicid, kein Entweichen. 6 Pflegep. in Abgang, Einführung der Verköstigung in eigener Regie, die Kost seitdem besser als früher.

d. Landesirrenanstalt Klosterneuburg (Dir. Dr. *Tilkowsky*). Sie nimmt wenig eigene Kranke auf, sondern je nach Plätzen von Wien, daher nicht absol. Ueberfüllung, aber relative durch unruhige Elemente. Die Bettenzahl wurde von 328 auf 350 erhöht. Bestand Anf. 1887 324 (151 M. 173 F.), aufgenommen 93 (46 M. 47 F.), abgegangen geheilt 1 M., gegen Revers 4 (3 M. 1 F.), in andere Anstalten 5 (3 M. 2 F.), in Versorgung 1 M., entwichen 1 M., gestorben 53 (28 M. 25 F.), es blieben 352 (160 M. 192 F.). Unter den Kranken 13 (11 M. 2 F.) mit Dem. paral., 51 (35 M. 16 F.) mit Epilepsie. Ursachen: Alkohol 56 (50 M. 6 F.), Familienanlage 49 (16 M. 33 F.), Trauma 23 (16 M. 7 F.), Idiotie 69 (36 M. 33 F.), Menstruation 14 F., Puerperium 7 F., Typhus 8 (3 M. 5 F.). Pro Kopf und Tag 96 Kr. Ausgaben 113,876 fl. — Kein Suicid, 5 Mal mech. restraint, 3 Mal zu chir. Zwecken. Von 49 Pflegepersonal gingen 16 ab.

N. öster. Pfleglinge waren aus Wien noch 56 M., im Pius-Institut zu Bruck a. d. M. 20 Zöglinge und in Feldhof 3.

Jahresbericht der mähr. Landes-Irrenanstalt in Brünn f. d. J. 1887. Manuscript.

Anzahl der Betten in der Anstalt 400, in der Filiale 160. Bestand 625 (374 M. 251 F.), aufgenommen 390 (229 M. 161 F.), entlassen geheilt 61 (40 M. 21 F.), gebessert 93 (50 M. 43 F.), gegen Revers 28 (18 M. 10 F.), ungeheilt 16 (9 M. 7 F.), in andere Anstalten 4 (1 M. 3 F.), entwichen 6 (5 M. 1 F.), gestorben 179 (111 M. 68 F.). Es blieben 628 (369 M. 259 F.). Im Bestande mit Dem. paral. 17 (6 M. 11 F.), aufgenommen 51 (48 M. 3 F.); davon entlassen gebessert 5 (4 M. 1 F.), gegen Revers 1 M., gestorben 36 (27 M. 9 F.). — Heredität nachweisbar bei 189 (116 M. 73 F.), Trunksucht 136 (125 M. 11 F.), Epilepsie bei 57 (42 M. 15 F.). Es starben an Lungentuberculose 70 (34 M. 36 F.), an Suicid 2 (1 M. 1 F.). — Ausgabe 146,021 fr., pro Kopf und Tag 63,62 Kr.

30. Jahresber. der Heil- und Pflegeanst. St. Pirminsberg f. d. J. 1887. 8°. 24 S. (Dir. Dr. *Weller*.)

Ueberfüllung wie früher. Bestand 312 (156 M. 156 F.), aufgenommen 146 (83 M. 63 F.), ausgetreten 139 (81 M. 58 F.), blieben 319 (158 M. 161 F.). Mit Dem. paral. war Bestand 6 (5 M. 1 F.), traten zu 19 M. und aus 8 M. Nicht irre waren 3 (2 M. 1 F.) Morphinisten. Unter den Aufgenommenen war bei 72 Heredität nachweisbar, mit Dem. paral. nur in 19 Fällen. Entlassen genesen 51 (29 M. 22 F.), ungenesen 68 (40 M. 28 F.), gestorben 20 (12 M. 8 F.). Heilung von Phthisis wird verhältnissmässig häufig beobachtet. Künstliche Ernährung bei 16 (8 M. 8 F.) nöthig. 11 Fluchtversuche. In

der Sommerkolonie 24 Kranke. Wechsel des Wartpersonals ein unverhältnissmässig hoher.

Wasserleitung eingeführt. Besuch des Vereines der schweizerischen Irrenärzte am 5. und 6. Juni. — Kosten 203,469 fr., pro Kopf und Tag 1,74 fr.

33. Ann. Rep. of the Government. Hosp. for the Ins., Washington, 1888. (95 S.)

Krankenbestand am 30. Juni 1887: 1302 (991 M. 311 W.), am 30. Juni 1888: 1361 (1029 M. 332 W.). Im Ganzen waren in Behandlung 1620 (1238 M. 382 W.). Es starben 120 (95 M. 25 W.), es gingen ab geheilt 69 (59 M. 10 W.), gebessert 66 (52 M. 14 W.), ungeheilt 4 (3 M. 1 W.). — Von den 1361 am 30. Juni 1888 verbleibenden Kranken gehörten der Armee an 637 (darunter 11 Farbige), der Flotte 58 (darunter 2 Farbige), dem Marine Hospital Service 16 (darunter 2 Farbige), dem Civilstande 650 (darunter 179 Farbige). Unter letzterer Klasse befanden sich 44 irre Verbrecher. — Als Anhang sind dem Bericht in Tabellenform beigefügt die Nierenverhältnisse von 269 Obductionsfällen, untersucht von dem besonderen pathologischen Anatomen der Anstalt. In 43 Fällen fand sich krankhafte Veränderung der Nieren vor.

6. Bienn. Rep. of the Illinois Eastern Hosp. f. th. Ins. at Kankakee (1. Oct. 1886 bis 30. Juni 1888).

Am 1. Oct. 1886 befanden sich 1514 Kr. (875 M. und 639 F.) in der Anstalt, aufgenommen wurden in den 21 Mon. des Berichts 607, es gingen ab 512, davon geheilt 162, durch den Tod 149. Es blieben am 1. Juli 1888 1609. Nur 36 pCt. der Aufgenommenen hatten Krankheitsdauer unter 2 Jahren. — Auf Beschäftigung der Kranken wird grosser Werth gelegt, und es beschäftigten sich zuletzt 66 pCt. derselben durchschnittlich über 4 Stunden pro Tag. — Die einzige Form des Zwangs bildeten Handschuhe, die bei 11 Pat. 223 Mal und im Ganzen 2036 Stunden angewandt wurden. Isolirung fand bei Männern 447 Mal (1751 Stunden), bei Frauen 737 Mal (4500 Stunden) statt. — Die 1886 gegründete Pflegerschule hat sich bewährt und wird beschrieben. — Die Anhäufung geisteskranker Verbrecher in der Anstalt war von Nachtheil. — Den Schluss bildet eine sehr genaue Anweisung für die Feuerwehr der Anstalt. — Der Bericht enthält den Plan der Anstalt und eine grössere Anzahl Lichtdruckbilder von einzelnen Gebäuden und Arbeitsplätzen.

Rep. of the Eastern Michigan As. at Pontiac for the biennial period ending June 30, 1888.

Krankenbestand am 1. Oct. 1886: 334 M.+303 W. = 637, am 30. Juni 1888: 391 M.+384 W. = 775. Es starben in den 21 Monaten 84 Kr. Neu-

bauten und Verbesserungen werden mitgetheilt, zahlreiche statistische Nachweise gegeben und viele Krankengeschichten, wenn auch meist recht kurz, mitgetheilt, das Verhältniss zwischen Nierenkrankheiten und Geistesstörungen besprochen (derselbe Process führe zu Ernährungsstörungen im Gehirn und in den Nieren). In einer Geschichte der Anstalt seit ihrer Eröffnung (1878) wird besonders auf die rasche Zunahme der allgem. Paralyse aufmerksam gemacht, an der Männer wie Frauen theilhaben. — Interessant ist unter den Geschenken, die der Anstalt zugingen, dass nicht weniger als 69 Zeitungen der Anstalt frei von Seiten der Verleger zugeschickt wurden. — In einem Anhang werden die Aufnahmebedingungen etc., in einem zweiten die Vorschriften für die Wärter und Hausordnungsregeln mitgetheilt.

12. Report of the Northampton County Lunatic Asylum at Berry Wood, near Northampton, for 1888. 8°. pp. 55. (Dir. Dr. *R. Greene.*)

Bestand 704 (317 M. 387 F.), aufgenommen 213 (127 M. 86 F.), entlassen geheilt 56 (22 M. 34 F.), ungeheilt 131 (59 M. 72 F.), gestorben 87 (51 M. 36 F.), blieben Ende 1888 643 (312 M. 331 F.). Seit Eröffnung der Anstalt vor 12½ Jahren aufgenommen 2589 (1246 M. 1343 F.), entl. genesen 669 (277 M. 392 F.), ungenesen 506 (230 M. 276 F.), gestorben 771 (427 M. 314 F.), blieben 643. Es starben 1888 an Epil. 13 (7 M. 6 F.), an Dem. paral. 7 M., an Brustkrankheit 27 (14 M. 13 F.), an Erstickung 1 F. Es genasen bei Dauer der Krankheit 3 Mon. vor der Aufnahme 50 (21 M. 29 F.), bei Dauer von 6—12 Mon. 5 (1 M. 4 F.), bei Dauer von über 12 Mon. 1 F. Von den Aufgenommenen war Heredität nachweisbar bei 37 (22 M. 15 F.), Kopfverletzungen bei 6 (5 M. 1 F.), Epil. bei 18 (14 M. 4 F.), Dem. paral. bei 10 M. — Ausgaben 26430 £., pro Kopf und Woche 7 Sh. 5¼ d. Ein Gebäude zur Erziehung von blödsinnigen Kindern wurde in diesem Jahre eröffnet.

29. Annual Rep. of the Med. Superint. of the State As. for Ins. Criminals, Auburn, N. Y., for the Year ending Sept. 30, 1888. (34 S.)

Krankenbestand am 1. Oct. 1887: 216 (202 M. und 14 W.), am 30. September 1888: 219 (204 M. und 15 W.), im Ganzen behandelt: 274 (259 M. und 15 W.). 55 gingen während des Jahres ab, davon waren 22 geheilt, 3 starben. Mechanisches Restraint fand nicht statt, Isolirung seit d. Mai nicht wegen Erregung, sondern nur noch zur Beobachtung von der Simulation Verdächtigen und in 1 Saal während des Essens der Wärter. Die Beschäftigungstage aller Kranken zusammen erreichten die Höhe von 21264. Zeitungen, Spiele, im Winter auch wöchentliche Unterhaltungen (Concerte, Theater etc.), Unterricht und Gottesdienst sorgten für Abwechselung und

Anregung. Das Pflegepersonal ist besser geworden, der Wärter erhält monatlich 18—20 Doll. und mehr neben freier Station und Wäsche. — Viele der weiter aufgezählten Verbesserungen wurden durch Kranke ausgeführt. — Die Durchschnittskosten für einen Kranken betrugen wöchentlich 3,61 Doll. S. 15—34 werden von statistischen Tabellen eingenommen.

14. Jahresber. des Brandenburgischen Hilfsvereins für Geisteskranke zu Eberswalde über 1887—1888. gr. 8. 20 S.

225 Mitglieder, Einnahme 1849 M. Ausgaben an 32 Personen 1465 M. Kapital 22076 M. Beispiele. Reglements der Aufnahme. Rathschläge für Angehörige. Geber.

Strogonow, N. A., Bericht über die Thätigkeit der Irrenabtheilung an dem Smolenskischen Hospital für das J. 1887.

Diese Abtheilung functionirt seit 20 J. unter der Leitung *Strogonow*'s und enthält sehr viel des Interessanten über die selbständige Entwickelung, Verwaltung u. s. w. Aus der vorliegenden Arbeit ersehen wir, dass die Krankenzahl am 1. Jan. 1887 betrug 110 M. 71 F. = 181. Es kamen im Laufe des Jahres hinzu 162 M. 85 F. = 247. Geheilt wurden 85 M. 34 F. = 119. Gebessert und ungebessert 40 M. 22 F. = 62. Es starben 43 M. 19 F. = 62. Verblieben 104 M. 81 F. = 185. Was das Alter anbelangt, so betrug die grösste Zahl das Decennium von 30 bis 40 J. Der Beschäftigung nach Landleute, Bauern. Gerichtlich-medicinische Untersuchungen fanden statt bei 32 M. 8 F. = 40.

Auch hier wird geklagt über fortwährende Ueberfüllung und Ueberbürdung des Arztes, da *Strogonow* nur allein an der Abtheilung thätig ist, wozu auch noch Mangel an niederem Dienstpersonal hinzutritt. Ein zweiter Uebelstand ist die Abhängigkeit der psychiatrischen Abtheilung von dem allgemeinen Hospital. Vor 20 Jahren betrug die Zahl der Kranken dieser Abtheilung nur 40 und obgleich sie jetzt schon über 180 Kranke verpflegt, muss dennoch hinzugefügt werden, dass die Zahl von Jahr zu Jahr wächst.

A. v. Rothe.

Tschisch, W. F., Die Irrenpflegeanstalt des heil. Pantaleimon (Pantaleon) bei St. Petersburg während des J. 1886. — Wjestnik Psych. V. Heft 2.

Dies ist die erste und bis jetzt einzige grössere Pflegeanstalt Russlands, welche von der städtischen Verwaltung erhalten wird. Die Anstalt musste, als die städtische Verwaltung auch die Krankenpflege Petersburgs in ihre Hände nahm, volens, nolens gegründet werden, da 419 Irre, welche in zeitweisen, nicht entsprechenden Räumlichkeiten untergebracht waren,

wo sie unmöglich länger bleiben konnten, fast mit einem Male dachlos waren, und doch nicht ihrem Schicksale allein überlassen werden durften. Die Anstalt wurde im Februar 1885 aus zwingender Nothwendigkeit in den in der Nähe von Petersburg befindlichen Gebäuden der früheren Appanagen-Verwaltung eröffnet. Diese Gebäude bilden eine Anzahl pavillonartiger Holzhäuser, welche mehr oder weniger weit von einander entfernt liegen. Die weibliche Abtheilung besteht aus 4 solcher Pavillons, die männliche aus 7. So viel es ging, wurden diese Gebäude zweckentsprechend hergestellt, trotz alledem genügen sie den Anforderungen aus Mangel an Raum nicht und es ist nicht möglich, streng gesonderte Abtheilungen herzustellen, wie auch gesonderte Tageräume zu schaffen. Ein zweiter Uebelstand ist die geringe Dienerzahl, da durchschnittlich auf 13 Kranke nur ein Wärter resp. Wärterin kommt.

Im J. 1886 betrug die Zahl der Anstaltstage 184553, mithin wurden täglich 505,60 Kranke verpflegt. Der Jahresunterhalt kostete, die Remonte (28565 Rub.) mitgerechnet 118096 Rub., was pro Jahr und Kranken 239 Rub. 87 Kop., pro Tag 65,7 Kop. beträgt. Die Remonte ausgeschlossen kostete der Kranke pro Jahr 181 Rub. 84 Kop., pro Tag 49,8 Kop.

Die Anstalt bekommt den grössten Theil ihrer neueintretenden Kranken aus der städtischen Irrenanstalt des heil. Nicolaus des Wunderthäters zugeschickt, ausserdem aber auch durch die Gouvernementsverwaltung, aus dem Gefängnisse, Pflege- und Bewahranstalten Petersburgs.

Im J. 1886 wurden auf diese Weise 135 M. 53 F. = 188 aufgenommen. Entlassen wurden 56 M. 32 F. = 88. Gestorben 59 M. 20 F. = 79. Für das J. 1887 verblieben 344 M. 177 F. = 521.

Bei der Besprechung der einzelnen Formen, unter welchen die unheilbaren überwiegen, polemisirt der Verfasser die Bezeichnung der primären chronischen Verrücktheit und kommt zu dem Ausspruch, dass diese Gruppe von Kranken in der Statistik der Anstalten zu Unklarheiten führe, da es ganz von der Anschauung des Beobachters abhänge, ob er einen Kranken zu den chronisch primär Verrückten oder Dementen zähle. Weiter wünscht er, dass in der sogenannten Classification die Gruppe der partiell Verrückten und der Hebephrenia beibehalten bliebe und denselben eine grössere Aufmerksamkeit geschenkt werde.

Die Zahl der allgemeinen fortschreitenden Paralyse ist eine nicht unbedeutende.

Unter den 79 Gestorbenen befanden sich 32 M. 4 F. = 36, welche an Paralys. prog. litten. Unter den Todesursachen finden wir 39 Fälle von Erkrankung der Lungen. Die Kranken geniessen so viel als möglich Freiheit, eine gewisse Anzahl, annähernd $^1/_4$, haben das Open door System. Im Laufe des Jahres entflohen 13 M. 2 F. = 15. Eine Kranke entzündete ihre Kleider am offenen Ofen und starb an den Brandwunden.

A. v. Rothe.

Steinberg, S., Bericht über die Thätigkeit der Saratow'schen Gouvernements-Irrenanstalt für das J. 1887. — Wjestnik. Psych. VI. Heft 1.

Am 1. Januar Bestand	99 M.	47 F.	= 146.
Im Laufe des J. neuaufgenommen	211 -	78 -	= 289.
- - - - entlassen	189 -	71 -	= 260.
Verblieben am Ende des J.	121 -	54 -	= 175.

Seit dem selbständigen Bestehen nimmt die Zahl der Kranken von Jahr zu Jahr zu. Was die Entlassenen anbelangt, so werden 79 M. 37 F. zusammen 116 als gesund, 43 M. 14 F. 57 gebessert und 47 M. 12 F. 59 ungebessert entlassen. Durch den Tod 20 M. 8 F. zusammen 28. Was die Genesenen anbelangt, so wird besonders betont, dass von den Neuaufgenommenen 30,4 pCt., von den Hinterbliebenen aber nur 19,1 pCt. die Anstalt gesund verliessen, eine nicht unbedeutende Rolle spielten bei den Genesenen das Delirium alcoholicum und der Alcoholismus, indem von den 116 Genesenen 49 dieser Klasse angehörten, was wohl zu beachten ist. Der Alkohol wird überhaupt als krankmachende Ursache in 33 pCt. aller Aufgenommenen angeführt.

Unter den Neuaufgenommenen befanden sich 58 gerichtliche Fälle und zwar 47 M. und 11 F. Von den 47 M. hatten 26 Mord oder Mordversuche, 6 Brandstiftungen und 15 verschiedene geringere Vergehen begangen.

A. v. Rothe.

Greidenberg, B. S., Die Irrenabtheilung der Simferopoler Wohlthätigkeitsanstalten für das J. 1887. — Wjestnik Psych. VI. Heft 1.

Am 1. Januar 1887 Bestand	141 M.	90 F.	= 231.
Im Laufe des J. neuaufgenommen	149 -	84 -	= 233.
- - - - wurden entlassen	118 -	60 -	= 178.
- - - - gestorben	28 -	11 -	= 39.

Die Zahl der Tage, welche die Kranken in der Anstalt verbrachten, betrug 93838, was durchschnittlich pro Tag 257 Kranke ausmacht. Auch hier muss bemerkt werden, dass die Zahl der Neuaufgenommenen wächst, die Zahl der Entlassenen aber abnimmt.

Von den 178 Entlassenen wurden geheilt 36 M. 21 F. 57, 12,3 pCt.; gebessert 23 M. 12 F. 35, 7,6 pCt.; ohne Besserung 59 M. 27 F. 86 18,5 pCt. Zur Untersuchung, pro exploratione, wurden der Anstalt 23 M. übergeben. 2 von denselben wurden gesund befunden. Was die Ursachen anbelangt, so wurde erbliche Veranlagung 36 Mal constatirt und zwar bei 20 M. und 16 Fr. Alcoholismus 42 Mal bei 39 M. 3 F.

Die Sterblichkeit betrug im Verhältniss zu der Gesammtsumme der Verpflegten 7,5 pCt.

So viel es die örtlichen Verhältnisse gestatten, werden die Kranken beschäftigt, Zwangsmittel werden nur ganz ausnahmsweise angewendet.

A. v. Rothe.

Tolokonnikoff, A. N., Bericht über die Irrenanstalt in Jaroslaff für das J. 1886. — Russ. Archiv f. Psych. B. XI. H. 1.

Am 1. Januar 1886 Bestand	91 M.	61 F.	152 Summa.
Im Laufe des J. kamen hinzu	129 -	75 -	204 -
Summa	220 M.	136 F.	356.
Im Laufe des J. verliessen	116 M.	75 F.	191 Summa.
Und zwar: Genesen	51 -	21 -	72 -
Gebessert	31 -	21 -	52 -
Ohne Besserung	5 -	5 -	10 -
Gestorben	29 -	28 -	57 -
Am 1. Januar 1887 verblieben	104 -	61 -	165 -

Der Form nach:

Mania	18 M.	17 F.	= 35.	Melancholia	11 M.	15 F.	= 26.
Pranoia	38 -	7 -	= 45.	Dement. secund.	41 -	39 -	= 80.
Dement. organ.	12 -	3 -	= 15.	Dement. senil.	10 -	10 -	= 20.
Dement. prim.	2 -	1 -	= 3.	Paral. prog.	14 -	3 -	= 17.
Psych. hyster.	— -	14 -	= 14.	Psych. epilep.	18 -	6 -	= 24.
Psych. period.	4 -	8 -	= 12.	Delir. trem.	27 -	— -	= 27.
Alcoh. chron.	5 -	1 -	= 6.	Idiotismus	11 -	7 -	= 18.
Besondere Fälle	4 -	4 -	= 8.	Beobachtung	1 -	5 -	= 6.

Die hier angeführte Classification ist die von der St. Petersburger psych. Gesellschaft vorgeschlagene und auf der ersten psychiatrischen Versammlung in Moskau angenommene. Besondere Fälle waren 1 Sclerosis cerebrospin., 1 Meningitis cereb. acuta, 1 Hydrocephalus chron., 2 Hydrophobia, 1 Peritonitis acut. und 1 Peritonitis acuta puerperal.

Bei Besprechung der einzelnen Formen berichtet Verfasser über Alter, Beschäftigung, Stand, Erblichkeit, wahrscheinliche Ursachen, Recidive, Todesursache u. s. w. *A. v. Rothe.*

Sowietoff, S. N., Die Wladimir'sche Irrenanstalt für das J. 1887. — Russ. Arch. f. Psych. B. XI. H. 2.

Der Jahresbericht zählt vom 1. October

Bestand war	77 M.	44 F.	= 121.	Kamen hinzu	107 M.	50 F.	= 157.
Behandelt wurden	184 -	94 -	= 278.	Entlassen wurden	86 -	39 -	= 125.
Als genesen	39 -	14 -	= 53.	Gebessert	22 -	11 -	= 33.
Gestorben	24 -	14 -	= 38.	Verblieben	98 -	55 -	= 153.

Was die einzelnen Krankheitsformen anbetrifft, so ist die Eintheilung die allgemein angenommene.

Verfasser klagt über Ueberfüllung und schlägt verschiedene Verbesserungen vor, welche er seiner Behörde warm an's Herz legt.

A. v. Rothe.

Verwaltung und Aerzte der niederländischen Anstalt Voorburg bei Vucht. — Psychiatr. Bladen VI. 2.

Die drei Aerzte der Anstalt Voorburg kündigten im Frühjahr 1888 gleichzeitig ihren Dienst wegen Meinungsverschiedenheit mit der vorgesetzten Verwaltungs-Commission über die Grundsätze der Irrenbehandlung und die Rechte und Pflichten eines Arztes.

Die „Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie" fasste darauf hin die Erklärung, „dass sie den vorgenannten Herren danke für ihr Festhalten an dem einzig richtigen Grundsatze, der für die Stellung eines Irrenarztes maassgebend ist; sie spricht das Vertrauen aus, dass sich kein Niederländischer Arzt je bereit finden lässt, jemals die Leitung einer Irrenanstalt zu übernehmen, wenn dabei nicht der Grundsatz der Unabhängigkeit des Arztes hinreichend gewahrt ist". *Kurella.*

***Wellenbergh*, Die Sorge für die Geisteskranken in Schlesien. — Psychiatr. Bladen VI. 1.**

Der durch die Unbefangenheit der Darstellung bemerkenswerthe Bericht schildert die schlesischen Provinzialanstalten im Tone warmer Anerkennung. Von der psychiatrischen Klinik in Breslau heisst es: über die Säle und Zimmer selbst will ich am liebsten schweigen, man denke sich eine Reihe Winkel, Mansarden und Gewahrsame, die so gut oder so schlecht wie möglich zu Krankensälen eingerichtet sind, wenig Licht und fast gar keine Luft haben. Die Beschreibung der neuen Anstalt in Rybnik ist die erste dem Referenten zu Gesicht gekommene. Sie meldet, dass die Anstalt demnächst durchgehend mit elektrischem Licht beleuchtet werden soll. *W.* drückt gegenüber dieser Opulenz sein Erstaunen aus, dass die meisten Gebäude nur ein Holzdach mit Sandasphaltbekleidung haben.

Kurella (Ahrweiler).

13. Statistik.

Vacat.

Inhalt.

Seite

1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Dessau 225*

Psychologie und Hypnotismus 225*

Hack Tuke, Geist und Körper. *R. v. Krafft-Ebing*, Eine experimentelle Studie auf dem Gebiete des Hypnotismus. *Julius Nelson*, A Study of dreams. *E. Jendrássik*, Einiges über Suggestion. *Frey, L.*, Heilung von Schlaflosigkeit durch hypnotische Suggestionen. Der moderne Hypnotismus, ein kritischer Essay. *Cybulski*, Ueber den Hypnotismus vom Standpunkte der Physiologie. *Tokarski, A. A.*, Hypnotismus und Suggestion.

2. Psychophysik. Ref.: Kraepelin-Dorpat 241*

Merkel, Die Abhängigkeit zwischen Reiz und Empfindung, zweite Abtheilung. *Langley, S. P.*, Energie und Helligkeit. *Walitzkaja, M. K.*, Zur Frage der psychophysischen Messungen bei Geisteskranken. *Heerwagen*, Statistische Untersuchungen über Träume und Schlaf. Frau *M. K. Walicka*, Zur Frage der psychophysischen Messungen bei Geisteskranken.

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: v. Krafft-Ebing-Graz 252*

Kurella, Criminelle Anthropologie uud positives Strafrecht. *Kirn*, Die Geistesstörungen (in den Strafanstalten). *Ribstein*, Criminalirrenanstalten und Invalidengefängnisse. *Kirn*, Die Psychosen in der Einzelhaft. *Krauss*, *Lombroso*'s Werk in seinem Verhältniss zur Gegenwart und Zukunft der gerichtl. Psychopathologie. *Amos Hull*, Unerlaubte Beeinflussungen in ihren gerichtlich-medicinischen Beziehungen. *Roth*, Der Entwurf eines bürgerl. Gesetzbuches für das deutsche Reich nach seinen für den Arzt wichtigsten Bestimmungen. *Mendel*, Die Geisteskranken in dem Entwurf des bürgerlichen Gesetzbuches für das deutsche Reich. *Mittenzweig*, Ueber Entmündigung. *Reuss, Hermann*, Der Rechtsschutz der Geisteskranken. *Schmitz, A.*, Die neue preuss. Ministerialverfügung, die Privatirrenanstalten betreffend. *Falk*, Die neueste Ministerialverordnung bezüglich der Privatirrenanstalten. *Schmitz*, Nochmals die neue preuss. Ministerialverfügung bezüglich der Privatirrenanstalten. *Chambard*, Casuistische Studie über die Freilassung der Irren. *Weiss*, Die forensische Bedeutung des Hypnotis-

Seite

mus, mit besonderer Beziehung auf das österreichische Strafgesetz. *Liégeois*, De la suggestion et du somnambulisme dans leurs rapports avec la jurisprudence et la médecine légale. *Gilles de la Tourette*, Der Hypnotismus vom Standpunkte der gerichtl. Medicin. *Lefort*, Der Hypnotismus vom Standpunkt der Jurisprudenz. *Forel*, Der Hypnotismus und seine strafrechtliche Bedeutung. *Moll*, Der Hypnotismus mit besonderer Berücksichtigung der gerichtl. Medicin. *Neisser*, Simulation von Schwachsinn bei bestehender Geistesstörung. *v. Luzenberger*, Simulation von Krämpfen, Amnesie und Verwirrtheit Seitens eines moralisch Irrsinnigen. *Fürstner*, Ueber Simulation geistiger Störungen. *Kiernan*, Sexuelle Perversion und die Morde in Whitechapel. *Kriese*, Beitrag zur Lehre von der conträren Sexualempfindung in ihrer klinisch-forensischen Bedeutung. Superarbitrium der k. wissenschaftlichen Deputation über den Geisteszustand des X. *Marandon de Monthyel*, Paralytische Mörder in der Prodromalperiode ihrer Krankheit. *Janchen*, Die transitorischen Geistesstörungen und ihre forensische Bedeutung. *Virgilio*, Imbecillität. Muttermord. Gerichtsärztl. Gutachten. *Ortloff*, Gerichtlich-medicinische Fälle. *Duponchel*, Krankhafte Impulse zum Fortlaufen aus dem Dienste bei Militärpersonen. *v. Krafft*, Gerichtsärztliche Gutachten. *Eskridge*, Fall von Mord unter sonderbaren Umständen. *Tschisch, W. F.*, Ueber die Verpflegung geisteskranker Verbrecher in Russland. *Tschisch, W. F.*, Die geisteskranken Arrestanten (Verbrecher). *Tschisch, W. F.*, Ueber Willensfreiheit. *Greidenberg, B. S.*, Gerichtlich-psychiatrische Beobachtungen. Ein erblich veranlagter psychopathischer Charakter. Versuche der Tödtung des Bruders im Zustande eines pathologischen Affectes. *Sikorski, J. A.*, Gerichtlich-psychiatrisches Gutachten über den Geisteszustand des Schreibers Ja. D., angeklagt des Todschlages. *Seherhand*, Ein gerichtlich-psychiatrischer Fall. *Serhski, W. P.*, Die in der Tambow'schen Irrenanstalt während des J. 1886 gerichtlich untersuchten Fälle. *Luzenberger, A.*, Simulation von Krämpfen, Verlust der Erinnerung und Verwirrtheit bei einem Schwachsinnigen. Gerichtliches Gutachten

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und Therapie.

Ref.: Schüle-Illenau 283*

Allgemeine Pathologie 283*

Clouston, T. S., Vortrag gehalten auf der Jahresversammlung der „Medico-Psychological Association". *Searcy, J. T.*, Die geistigen Eigenthümlichkeiten der beiden Geschlechter. *Houzé, E.*, Anthropologische Fragen bei der Untersuchung Geisteskranker. *Belmondo, E.*, Die Perversität der Geschmacksempfindung Geisteskranker. *Hughes, C. H.*, Das Nervensystem bei Krankheiten. *Benedikt*, Die klinischen Resultate der Craniometrie und Kephalometrie. *Gottstein*, Die im Zusammenhange mit den organischen Erkrankungen des Centralnervensystems stehenden Kehlkopfaffectionen. *Köppen*, Ueber Albu-

Seite

minurie bei Geisteskranken. *Popow, N. M.*, Die Grundlagen der heutigen Psychiatrie im Zusammenhange mit der geschichtlichen Entwickelung. *Helweg* (Aarhus), Diffuse Phlegmone und andere acute Trophoneurosen bei Geisteskranken. *Venanzio*, Diagnose und Behandlung der exsudativen Pleuritis bei Geisteskranken. *Rivano*, Phosphorsäureausscheidung durch den Urin bei Epileptikern.

Aetiologie 287*

Revington, G. T., Die neuropathische Constitution. *Campbell Clark*, Die Geschlechtsfunctionen, normal und pervers, in Beziehung zum Irresein. *Schmiegelow, E.*, Ueber Geistesstörung, Zwangsbewegungen und andere Reflexneurosen bedingt durch Krankheiten des Mittelohres. *Ranney, Ambroso*, Ueberanstrengung der Augen als Ursache von functionellen Nervenkrankheiten und deren augenärztliche Behandlung. *Ill*, Acute Psychosen nach gynäkologischen Operationen.

Allgemeine Therapie 290*

Gnauck, R., Ueber das Verhalten von Neurosen nach gynäkologischen Operationen. *Deventer, van*, Psychische Behandlung Geisteskranker. *Kowalewski, P. J.*, Die Ernährung Geisteskranker.

5. Pathologische Anatomie. Ref.: Ripping-Düren . . 291*

Siemerling, E., Ein Fall von gummöser Erkrankung der Hirnbasis mit Betheiligung des Chiasma nervorum opticorum. *Buchholz*, Beitrag zur pathologischen Anatomie der Gliose der Hirnrinde. *Zacher, Th.*, Ueber drei Fälle von progressiver Paralyse mit Herderkrankungen in der inneren Kapsel. *Dees, Otto*, Zur Anatomie und Physiologie des Nervus vagus. *Jensen, Jul.*, Untersuchungen über 453 nach *Meynert*'s Methode getheilten und gewogenen Gehirnen von geisteskranken Ostpreussen. *Greppin, L.*, Beitrag zur *Golgi*'schen Färbungsmethode der nervösen Centralorgane. *Wernicke, C.*, Herderkrankung des unteren Scheitelläppchens. *Tigges*, Das Gewicht des Gehirns und seiner Theile bei Geisteskranken. *Jensen, Jul.*, Ueber einen Fall von 3 Hirndefecten im Scheitel- und Stirnlappen der linken Hemisphäre eines Blödsinnigen ohne nachweisbare Störungen der motor. und sensor. Functionen während des Lebens. *Sioli*, Ueber die Fasersysteme im Fuss des Grosshirnschenkels und Degeneration derselben. *Baroncini*, R. M. D., Ueber Ependymgranulationen. *Morselli*, Beziehungen zwischen kraniometrischen Charakteren und dem Hirngewicht bei Geisteskranken. *Guicciardi* und *Petrazzani*, Ueber wärmeregulirende Centren im Corpus striatum. *Cionini*, Die Dicke der Rindensubstanz im Gehirn der Paralytiker. *Frylinck*, Ein Fall von Porencephalie. *Nansen*, Die Elementarbestandtheile des Centralnervensystems.

Seite

6. Specielle Pathologie und Therapie. Ref.: Pelman-Bonn 295*

Mickle, *Julius*, Ueber Irresein im Verhältniss zu Erkrankungen des Herzens und der Aorta, sowie zur Phthisis. *Straham*, Genesung von chronischer Geistesstörung. *Tate*, Ein merkwürdiger Fall von Selbstmord. *Spitzka*, Ueber masturbatorisches Irresein. *Turner*, Ein Fall von postfebrilem Stupor oder acutem Blödsinn. *Luzenberger*, *von*, Das acute hallucinatorische Delirium. *Muchin*, *N. J.*, Neurasthenie und Degeneration. *Dawidoff*, *Ja. A.*, Paranoia (primäre Verrücktheit) und Stupor. *Chys*, *van der*, Selbstmord durch Holzwolle. *Tilkowski*, Zur Casuistik der Selbstmorde und Selbstmordversuche bei Geisteskranken. *Ball*, Ueber die Melancholie. *Mairet*, Ueber Pubertätsirresein. *Biante*, Melancholie mit Selbstmorddrang im Anschluss an Onanie. *De Craine*, Beobachtung über einen Fall von allgemeiner Paralyse auf luetischer Basis, der in eine andauernde Remission überging. *Pagès*, Beitrag zur Lehre von der Folie communiquée (Délire à trois). *Legrain*, Beitrag zur Lehre von der Folie communiquée. *Roscioli*, Ein Fall von „Folie à quatre". *Forel*, *A.*, „Folie à quatre". *Hansen*, *Th.* (Kopenhagen), Ueber das Verhältniss zwischen puerperaler Geisteskrankheit und puerperaler Infection. *Fernald*, *F. C.*, Puerperale Geistesstörungen. *Wiglesworth*, Ueber die Pathologie der Verrücktheit (Monomanie). *Conolly Norman*, Eine seltene Form von Geistesstörung. *Cope*, Ein Fall von Chorea mit Geistesstörung. *Noyer*, *William*, Die Paranoia. Eine Studie über die Entwickelung des systematisirten Grössenwahns. *Clevenger*, Traumatisches Irresein und andere Folgen von Kopfverletzungen. *Parant*, Das puerperale Irresein, seine Natur und Entstehung. *Séglas* und *Chaslin*, Die Katatonie. Ueber das Délire chronique. *M'Bride*, Periodisches Delirium auf Grund von Malaria bei einem Kinde. *Descourtis*, Ueber Zwangsfütterung vermittelst der Schlundsonde bei Geisteskranken und über die Mittel, ein Eindringen von Flüssigkeiten in die Luftwege zu verhüten. *Roller*, Ueber das Verhalten der Menstruation bei Anwendung von Morphium und Opium. *Ruscheweyh*, Zur Darreichung und Wirkung des Sulfonals. *Rosin*, Ueber die Wirkung des Sulfonals. *Oestreicher*, Zur Wirkung des Sulfonals. *Fraenkel*, Einige Bemerkungen über die Wirksamkeit des Sulfonals. *Schwalbe*, Zur klinischen Würdigung der Sulfonalwirkung. *Rosenbach*, Bemerkungen zur Methodik der Prüfung von Schlafmitteln. *Salgó*, Hyoscin und Sulfonal. *Dornblüth*, Bericht über Anwendungen des Hyoscin bei Geisteskranken. *Konrad*, Zur physiologischen und therapeutischen Wirkung des Hyoscinum hydrochloricum. *Kny*, Therapeutische Wirkungen des Hyoscins. *Schlöss*, Mittheilungen über die Wirkung des Amylenhydrats bei Geisteskranken. *Zerner jr.*, Erfahrungen über Sulfonal. *Matthes*, *M.*, Beitrag zur hypnotischen Wirkung des Sulfonals. *Pittcairn*, Hyoscin als Hypnoticum. *Bouhila* und *Hadjès*, Ueber die therapeutische Wirkung des Methylals bei Geisteskranken.

Seite

7. Circuläre und periodische Psychosen. Ref.: Kirn-Freiburg 320*

Mendel, Ein Beitrag zur Lehre von den periodischen Psychosen.

8. Paralyse und Geistesstörungen mit Syphilis. Ref.: Kirn-Freiburg 320*

Arnaud, Klinische und statistische Bemerkungen über die allgemeine Paralyse beim Manne. *Ball*, Ueber allgemeine Paralyse traumatischen Ursprungs. *Fischer* (Cannstatt), Ueber Entstehung und Anfangssymptome der progressiven Paralyse. *Snell*, *Otto*, Die zunehmende Häufigkeit der Dementia paralytica. *Petersen-Borstel*, Ueber Feldzugsparalyse. *Arnaud*, Zwei Fälle allgemeiner Paralyse mit Autopsie bei Imbecillen. *Savage*, Allgemeine Paralyse der Irren, welche einen Hirntumor vortäuscht. *Hughes*, Ein Fall von allgemeiner Paralyse. *Roscioli Raffaele*, Neurasthenische Psychose unter der Form der paralytischen Geistesstörung. *Sgrosso*, Augenaffectionen und Sebstörungen bei der allgemeinen Paralyse. *Marandon de Monthyel*, Ueber das „Mal perforant" in der allgemeinen progressiven Paralyse. *Mabille*, „Mal perforant" bei einem Paralytiker. *Minor*, Ueber Syphilis und Paralysis progressiva. *Mesner*, Ueber die Beziehungen der allgemeinen Paralyse zu der Hirnsyphilis. *Ziemssen* (München), Die Syphilis des Nervensystems. *Régis*, Mittheilung über die Beziehungen der allgemeinen Paralyse und der Syphilis. *Parant*, Syphilis und Geistesstörung. *Siemerling*, Zur Lehre von der congenitalen Hirn- und Rückenmarkssyphilis. *Anderson*, Ueber Diagnose und Behandlung der syphilitischen Affectionen des Nervensystems. *Grainger Stewart*, Syphilitische Affectionen des Nervensystems. *Drummond*, *David*, Gleiches Thema. *Ross*, Gleiches Thema. *Clouston*, Gleiches Thema. *Robertson*, *Alex.*, Gleiches Thema. *Sinclair Coghill*, Gleiches Thema. *Ziemssen* (Wiesbaden), Gleiches Thema. *Byrom Bramwell*, Gleiches Thema. *Naunyn*, Die Prognose der syphilitischen Erkrankung des Nervensystems. *Moravcsik*, Hysterische Symptome bei syphilitischen Veränderungen des Gehirns. *Neudörfer*, Die Syphilis. *Fletcher Beach*, Ueber ungewöhnliche Ursachen der Imbecillität. *Todi*, Zur Aetiologie der progr. Paralyse.

9. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein. Ref.: Stark-Stephansfeld 341*

Bourneville et *Bricou*, Epilepsia procursiva. *Bourneville*, Die Temperatur im Status epilepticus. *Lemoine*, Die Temperatur bei isolirten epileptischen Anfällen. *Bourneville* und *Sollier*, Epilepsie und Asymmetrie des Gesichts. *Marie*, *P.*, Zur Aetiologie der Epilepsie. *Lemoine*, Zur Pathogenie der Epilepsie. *Robertson*, Beobachtung über Pathologie und Behandlung der

Seite

Epilepsie. *Brubacker*, Zahnschmerzen als Ursache für Epilepsie. *Rivano, T.*, Die Ausscheidung von Phosphor durch den Urin bei Epileptischen. *Oliver*, Der epileptische Anfall. *Pohl, R.*, Ueber das Zusammenvorkommen von Epilepsie und originärer Paranoia. *Finlay*, Epileptisches Irresein. *Unverricht*, Die Beziehungen der hinteren Rindengebiete zum epileptischen Anfall. *Glasmacher*, Fall von Epilepsie, Erstickungsanfall, Tracheotomia superior. *Bernays*, Ueber die Ligatur der Arter. vertebralis bei drei Epileptikern. *Hughes, C. H.*, Wässrige Lösung der Bromsalze bei Epilepsie. *Niermeyer*, Behandlung der Epilepsie mit dem constanten Strom. *Féré*, Beitrag zum Studium der Erschöpfungsphänomene nach epileptischen Anfällen. *Sepilli*, Die diagnostische Bedeutung der partiellen Epilepsie. *Sighicelli* und *Tambroni*, Moral Insanity und Epilepsie. *Sighicelli*, Galvanisirung der Schilddrüse bei Epileptikern. *Algeri*, Trepanation in einem Fall von traumatischer Epilepsie. *Ventra*, Diagnostischer Werth der Jackson'schen Epilepsie. *Tomaschewski, B. W.*, und *Simonowitsch, M. P.*, Zur Lehre der Pathogenesis der Hallucinationen und der Epilepsie. *Putnam Jacobi, Mary*, Postepileptische Hysterie. Beeinflussung durch Inhalationen von comprimirter Luft. Transfert. *Cullerre*, Hysterischer Somnambulismus. *Ray*, Hysterie bei den Negern. *Grevier*, Hysterie und Diabetes. *Verga*, Weiteres zur Moral insanity.

10. Delirium acutum. Alcoholismus. Toxische Psychosen und Neurosen. Ref.: Jehn-Merzig 357*

Delirium acutum 357*

Vacat.

Alcoholismus 357*

Tuczeck, Das pathologische Element in der Trunksucht. *Brouardel* und *Pouchet*, Der Alkoholgenuss in seiner Beziehung zur Hygiene. *Norman Kerr*, Verhältniss von Alcoholismus zur Trunkenheit. *Owen, Isambard*, Bericht über die Untersuchung über den Zusammenhang von Krankheiten mit Trunksucht. *Lagrange*, Der Grössenwahn bei den Alkoholikern und seine Bedeutung bezüglich der Prognose. *Mosler*, Ueber Alkoholmissbrauch. *Decaisne, M.*, Ueber den Säuferwahnsinn der Frauen. *Kirona*, Strychnin beim Alcoholismus.

Morphinismus und Cocainismus 367*

Scheiber (Budapest), Ungewöhnliche Folgen einer acuten Morphinvergiftung — Intoxicationspsychose, Amnesie, Aphasie, Agraphie, Alexie, Decubitus acutus. *Levinstein, W.* (Jena), Die Therapie der Reconvalescenz nach Morphium- und Cocainentziehung. *Obersteiner, H.*, Cocain und Morphinismus.

Seite

Andere Intoxicationen 371*

Roesen, Johannes, Ueber Vergiftung durch Amylnitrit.

Lyssa 371*

Horsley, Victor, Ueber Hydrophobie und ihre Behandlung durch das heisse Luftbad (Methode *Buisson*).

11. Idiotie und Cretinismus. Ref.: Wildermuth-Stetten 373*

Bourneville, Zwei Fälle von Idiotie mit Pachydermie. *Boland*, Talentirte Idioten. Mosbach. Kückenmühle. M. Gladbach. Kiel. Neu Erkerode. Essen. Gmünden a. M. Wien. Niedermarsberg. Lancaster. Stetten. Mariaberg. Hasserode. *Ole Bull* (Christiania), Schwerhörige, Taube und Geistesschwache.

12. Anstaltswesen. Ref.: Laehr-Schweizerhof 380*

Turnbull, A. R., Familienpflege für Geisteskranke. *Greene, R.*, Irrenanstalten; mit Plänen. Berlin. Alt-Scherbitz. Leubus. Schwetz. Schleswig. Stephansfeld-Hördt. Saargemünd. Bremen. Wehnen. Bayreuth. Wien, Ybbs, Klosterneuburg, Gugging-Kierling. Brünn. St. Pirminsberg. Washington. Kankakee. Pontiac. Northampton. Auburn. Eberswalde. *Strogonow, N. A.*, Bericht über die Thätigkeit der Irrenabtheilung an dem Smolenskischen Hospital für das J. 1887. *Tschisch, W. F.*, Die Irrenpflegeanstalt des heil. Pantaleimon (Pantaleon) bei St. Petersburg während des J. 1886. *Steinberg, S.*, Bericht über die Thätigkeit der Saratow'schen Gouvernements-Irrenanstalt für das J. 1887. *Greidenberg, B. S.*, Die Irrenabtheilung der Simferopoler Wohlthätigkeitsanstalten für das J. 1887. *Tolokonnikoff, A. N.*, Bericht über die Irrenanstalt in Jaroslaff für das J. 1886. *Sowietoff, S. N.*, Die Wladimir'sche Irrenanstalt für das J. 1887. Verwaltung und Aerzte der niederländischen Anstalt Voorburg bei Vucht. *Wellenbergh*, Die Sorge für die Geisteskranken in Schlesien.

13. Statistik.

Vacat.

Bericht

über die psychiatrische Literatur

im 1. Halbjahre 1889.

Redaction: **Schuchardt**-Sachsenberg.

1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Dessau.

Psychologie.

Die Zusammenstellung der literarischen Erzeugnisse, wie sie aus dem I. Halbjahre 1889 dem Berichterstatter zufällig vorliegen, zeigt in ihrer Reihenfolge den ungefähren. geschichtlichen Entwicklungsgang, den die beiden Fächer in letzterer Zeit genommen haben, natürlich ohne in ihrer Unvollkommenheit, den Anspruch auf unumstössliche Begründung damit erheben zu wollen.

Als Vertreter der alten psychologischen Anschauungen, gewissermaassen als Kämpe für die Doppelwährung von Geist und Körper erscheint

Georg Friedrich, Die persönliche Kraft und ihre Bedeutung für die geistige und psychische Lebensthätigkeit des Menschen. — München 1889.

Die mit Citaten aus *Plato*, *Aristoteles*, *Ennemoser*, *Vischer*, *Reich*, *Griesinger*, *Goethe*, *Herder* u. a. w. reichlich gezierte Brochüre (26 S.) führt aus, was *Goethe* kürzer sagt: „Höchstes Glück der Erdenkinder ist nur die Persönlichkeit." „Die persönliche Kraft kann nur errungen werden, alle (sonstigen) Kräfte sind dem Menschen gegeben; auch die Geistes- und Leibeskräfte gehören ihm eigentlich erst dann an, wenn er von denselben freien Gebrauch machen kann" d. h. wenn er durch willkürliche Beschränkung der sinnlichen Reflexactionen seiner geistigen Wesenheit das Uebergewicht gegeben hat." Der Satz: „Mit Recht sagt *Aristoteles* — Auf welche Weise auch immer der geistige Theil der menschlichen Seele entstehen mag, aus der Materie und durch vegetative Kraft entsteht er nicht" kennzeichnet den Standpunkt des Verf.

Auf dem *Darwin*'schen Grundsatze der Zuchtwahl beruht der nachfolgende kritische Essay des gedankenvollen, der experimentellen Schule angehörenden Psychiaters von Reggio, Dr. *Belmondo*, über das religiöse Gefühl.

E. Belmondo, Il sentimento religioso come fenomeno biologico e sociale. Tesi, Milano-Torino. — Riv. di filosofia scientif. Vol. VII, jugl. 1888.

Die Religion hat sich nicht, wie Prof. *Sergi* (Rom) in seinem sonst sehr beachtenswerthen Werke über den Ursprung der psychischen

Erscheinungen und ihre biologische Bedeutung (1885), so wie in seiner Psychologie physiologique (Paris 1888) behauptet, aus einem dem Individuum und der Gesellschaft nachtheiligen Princip entwickelt; das religiöse Gefühl ist nicht eine pathologische, sondern, wie *Belmondo* nachweist, eine nützliche Erscheinung, die, wenn es nicht an dem wäre, einen so übermächtigen Einfluss, wie sie in der civilisirten Welt besass und noch besitzt, nicht erlangt haben würde. — Das religiöse Gefühl ist nicht als eine dem Menschengeschlecht allein zukommende und ihn vom Thier unterscheidende Eigenschaft anzusehen, wenn man auf das ihm wahrscheinlich zu Grunde liegende Gefühl der Furcht (vor dem Unbekannten) zurückgeht. Aus der Furcht erwächst das Bedürfniss des Schutzes, den man bei stärkeren „übermenschlichen" Wesen sucht, die man mit geheimnissvollen, höhern Kräften, als das Individ. besitzt, begabt glaubt und darum verehrt — „Ehrfurcht". Das Vertrauen auf den zunächst unmittelbaren, dann mittelbaren Schutz, die fides, Treu und Glauben, schafft das Band, die religio, zwischen dem Einzelwesen und dem geahnten das All beherrschenden Mächtigern, — gleichviel ob er Gott oder Imperator heisse. Die Moral, als ein anderer Ausdruck des Schutzbedürfnisses und Selbsterhaltungstriebes, hat sich mit jenem Glauben an das Uebersinnliche unbestreitbar in nützlicher Weise für die Entwicklung des Menschengeschlechtes verschwistert. Inzwischen ist das Band zwischen beiden im Laufe der Zeiten gelockert und der Glaube an die Unentbehrlichkeit der Moral wird allein die Religion der Zukunft bilden, während die der Gegenwart immer mehr ihrem Verfalle zueilt. Das ist ins Deutsche übertragen ungefähr der Inhalt obiger Abhandlung. —

***Belmondo*, La fisiologia del Sistema nervoso e i fatti psichici. Rassegna critica. — Reggio Emilia 1888.**

Mit demselben kritischen Geist durchmustert *B.* die in 3. Auflage (1887) erschienene Schrift des Prof. *Mario Panizza*, der schon 1880 zu beweisen versucht hatte, dass die der Physiologie des Nervensystems zu Grunde liegenden Thatsachen und damit auch die Psychophysiologie ganz und gar falsch seien. Die beiden unbestreitbaren Grundsätze der Physiologie 1. dass die Nerven Empfindungseindrücke von der Peripherie zu den Nervencentren, und motorische Willensimpulse von den letztern in die Muskeln leiten, 2. dass die äussern Gegenstände um wahrgenommen zu werden Eindruck auf die Sinnesorgane machen müssen, — hatte *Panizza* als aller Erfahrung widersprechende Voraussetzungen behandelt und war ihm von Prof. *Luciani* darauf gehörig gedient worden. In seiner Physiologie des Bewusstseins stellt nun *Panizza* ein psychophysiologisches Schema auf, in welchem er die Lehre vom Eindruck auf die Sinnesorgane und die von der doppelten Nervenleitung zu umgehen versucht. — Wohl mehr um des berühmten Namens willen, widerlegt *B.* mit bescheidener aber sicherer Hand jede einzelne der Behauptungen *Panizza's*.

Für die Lehre vom Bewusstsein sind die folgenden 2 Schriften von besonderm Interesse:

Maudsley, The double brain. — Aus Mind, Aprilheft.

Wigan hat schon im Jahre 1844 in seinem wenig beachteten Buche, The duality of the mind, die Behauptung aufgestellt, dass die 2 Hirnhälften zwei nicht blos räumlich getrennte Organe sind, sondern jedes für sich ebenso vollkommen fungire, wie es mit jedem der beiden Augen der Fall sei. *Maudsley* stellt die Frage so: Sind die Hemisphären wirklich 2 gesonderte Organe, 2 Gehirne, wie die 2 Augen, 2 Lungen, 2 Nieren, oder nur eines, wie der aus 2 Hälften bestehende Körper? und antwortet: Gleichviel, die beiden sind für die vollkommene Function nöthig. Für die Function des Bewusstseins bleibt es indess fraglich, ob gleichzeitig beide Hemisphären thätig sein müssen. — Letzteres ist ihm nicht wahrscheinlich, auch nicht, dass die Hemisphären infolge einer Art von Sympathie während des Wechsels der Vorgänge zu einem gemeinsamen Bewusstsein sich verstehen; es bleibt mithin nichts anderes übrig, als anzunehmen, dass in diesem Augenblick Bewusstsein in der einen, im nächsten Augenblick Bewusstsein in der andern Hemisphäre auftrete. — Welche höhere Macht aber bewirkt die Einheit des Zusammenwirkens der verschiedenseitigen Bewegungen zu einem gemeinsamen Zweck? „Die Einheit ist nicht von einer höheren Macht eingegeben, sie rührt vielmehr von unten her und wird mühsam erworben durch die langweilige Zucht des Uebens, durch die Erfahrung.“ Ohne dieselbe sind die beiden Hirnhälften ebenso unfähig zusammenzuwirken wie die beiden Hände beim Klavierspielen; — der Zweck führt sie zusammen. Zweck ist nichts anderes als der Begriff, die Voraussicht, die ideelle Vollendung des Geschehens — die von der Erfahrung ausgeht. Wie die ersten Bewegungen des Kindes unsicher und unzweckmässig, durch Uebung nachgerade sich zweckdienlich ordnen, so auch die Wahrnehmungen (z. B. beim Sehen), die Gedanken. Die beiden Hirnhälften lernen es durch Uebung. — Die Einheit des Fühlens und Handelns ergibt Einheit des Denkens, — wie die Eindrücke eines Gegenstandes auf beide Augen zu Einem Bild verbunden werden. — Unbestreitbar besteht eine gewisse angeborene Neigung der beiden Hemisphären zu gemeinsamer Thätigkeit, wie es bei der Verbindung der beiden Geschlechter der Fall ist. Das Erfassen einer Idee erfordert jedoch vorausgegangenen Unterricht, Erfahrung. Ist letztere gewonnen, so genügt die leiseste Anregung einer der beiden Hemisphären, um sie zu vervollständigen.

Ob die eine Hemisphäre die andere bezüglich der Geisteskraft vollständig zu ersetzen vermag, ist durch Thatsachen noch nicht hinlänglich erwiesen. A priori lässt sich erwarten, dass neue Gedanken weniger schnell erfasst werden, von geringer Kraft und Dauer sind, und dass die Aufmerksamkeit verringert wird. Das Thierexperiment beweist nicht viel für den Menschen. Es ist fraglich, ob bei gänzlichem Ausfall, z. B. der linken

Hemisphäre und damit der Sprache, die Intelligenz des Menschen vollkommen erhalten bleibt, wenn er auch in allen sonstigen Zuständen des gewöhnlichen Lebens gesund zu sein scheint[1]). — Jedenfalls verliert der Mensch durch den Ausfall der einen Hemisphäre seine Reserve für die andere.

2.

„Wenn wir ernstlich denken oder handeln wollen, so wenden wir uns an das Gefühlsleben als die treibende Kraft. Der Intellect hat es nur mit der grössern oder geringern Klarheit und Bestimmtheit der Gedanken — ohne alle Beziehung auf Wunsch und Verlangen zu thun. — Färbt der Wunsch eine Idee, so rührt ihre bewegende Kraft von dem Gefühlsleben her. Wie aber Ideen in den Hirnhemisphären gebildet werden, so haben Gemüthsbewegung und Leidenschaften ihre Quellen im ganzen Körper, im organischen Leben, dessen Vertreter der Sympathicus, — der aber nicht ein unabhängiges Nervensystem, sondern die splanchnische Ausbreitung des Cerebro-Spinal-Systems ist." „Das Gefühlsleben ist die Basis des Gedankenlebens. — Es entwickelt sich früher als dieses, es bildet den Grund für die Einheit des Ich. — Der Grundzug des organischen wie alles Lebens ist Anziehen und Abstossen, behufs Selbsterhaltung und Vertheidigung. — Ebenso verfahren die Hemisphären, in denen die Lebenserfahrungen aufgestapelt sind, sie nehmen auf, was ihre Entwicklung fördert und stossen ab, was ihnen schadet. — Die Asymmetrie des Organischen ergibt die Einheit des Gedankens. — Daher kommt es, dass die beiden Hemisphären auch beim Hervorrufen verschiedener Bewegungen, ein Gemeinsames haben und in Einem Zwecke zusammengehen. Sie sind eben Organe Eines Leibes. — Aus dem Leben des ganzen Leibes erwachsen die Zustände, die das Seelenleben begründen. — Kommt zu dieser einheitlichen Basis die Erziehung, so haben wir eine genügende Erklärung für die gemeinsame Thätigkeit von Gedanken, Gefühlen und Handlungen.

Auf Grund dieser Betrachtungen untersucht Verf. in einem dritten Abschnitt die hauptsächlichsten Typen der Geistesstörungen — die Manie und Melancholie.

Max Dessoir, Das Doppel-Ich. — Berlin 1889. (Vgl. Schriften der Gesellschaft für Experimental-Psychologie in Berlin. II. St.)

Den Kernpunkt der Untersuchung bildet die Frage, ob die menschliche Persönlichkeit nur in unserm Bewusstsein eine Einheit bilde, in Wirklichkeit jedoch sich aus 2 deutlich trennbaren Sphären zusammensetze (welche Verf. als Ober- und Unter-Bewusstsein bezeichnet), die jede für sich durch eine Erinnerungskette zusammengehalten werden. Die Belege

[1]) *Maudsley* erwähnt nicht des Beispiels von *Bichat*, des Vorfechter für die Einheit des Geistes, bei dem eine der beiden Hemisphären vollständig atrophisch gewesen sein soll.

für die Ansicht des Nebeneinanderbestehens verschiedener Bewusstseinsformen werden nicht nur in den automatischen Bewegungen, sondern auch aus den künstlich hervorgerufenen hypnotischen Zuständen, und aus den von *Ch. Richet* angeregten Experimenten der Gedankenübertragung geschöpft.

Das bedeutende Beobachtungs- und Darstellungstalent des auf dem Gebiete psychologischer Forschung in umfangreichster Weise belesenen Verfassers macht das Schriftchen hochinteressant.

***Burnham*, Ph. D., Memory, historically and experimentally considered. — In The American Journal of Psychology. Vol. II. No. 1**

enthält eine ausführliche Darstellung der Ansichten über das Wesen des Gedächtnisses von Plato, Aristoteles, den Stoikern, Epikuräern, dem Neuplatoniker Plotinus, Augustinus, Descartes bis in das 18. Jahrhundert herab und schliesst mit der Technik der mnemonischen Systeme.

***Putnam Jacoby*, M. D., The place for the study of Language in a Curriculum of Education. — ibid. S. 91.**

Eine physiologische Abhandlung über den Werth der Sprache und namentlich der alten Sprachen, insbesondere des Lateinischen für die Erziehung und Förderung des Denkens vom medicinischen Standpunkt aus.

Hypnotismus.

Unter den mancherlei Arbeiten über Hypnotismus, die wir seit Jahresfrist aus der Feder deutscher Verfasser kennen gelernt haben, ist als die ansprechendste zu nennen:

Der Hypnotismus, s. Bedeutung u. s. Handhabung, in kurzgefasster Darstellung von Dr. *August Forel*, Prof. d. Psychiatrie u. Direct. d. Canton. I. A. in Zürich. — Stuttgart. Ferd. Enke 1889.

Man darf, ohne Widerspruch befürchten zu müssen, sagen, dass auf diesen 88 Seiten ziemlich Alles berührt ist, was für die Theorie und Praxis des H. von Bedeutung ist und was den Verf. eine 2jährige Beobachtung (an 205 Indiv.) gelehrt hat. Im Uebrigen verweist er auf *Bernheim*, mit dem — d. h. der Nancyer Schule — er darin übereinstimmt, dass alle Erscheinungen des H. lediglich auf Suggestion, mit Einschluss von Autosuggestion, beruhen, resp. sich erklären lassen. „Der veränderte Gehirnzustand, den man zum Unterschiede vom gewöhnlichen Schlaf Hypnose nennt, geschieht durch psychische Einwirkung eines Menschen auf den andern mittelst Vorstellung — oder mittels lebloser Gegenstände, oder durch Rückwirkung der Seele auf sich selbst (Autohypnotismus).

Jeder Mensch an sich ist mehr oder weniger suggestibel und somit

hypnotisirbar, nur gewisse momentane Zustände der Psyche (auch Geisteskrankheit) erschweren die Hypnose. — Die Suggestion wirkt am schnellsten durch Ueberraschung. Ein Hinderniss ist die Autosuggestion des „Nichthypnotisirtwerdenkönnens". — Der gewöhnliche Schlaf unterscheidet sich von dem hypnotischen nur durch die Verbindung des Schlafenden mit dem Hypnotiseur. — Associirte Angewöhnung — Einschlafen und Erwachen zu bestimmter Zeit, an bestimmten Orten und unter gewissen Umständen — kommt der unbewussten Autosuggestion gleich. Die kräftigste Association ist die Schwere der Augenlider. Subjectiv erkennen wir unsern Schlaf nur durch das Träumen. Das Schlafbewusstsein unterscheidet sich vom Wachbewusstsein durch das Halluciniren, durch die tiefen Gefühlswirkungen der Vorstellungen und durch Dissociation der organischen logischen Associationen. — In der Regel ist der normal tief Schlafende zugleich auch in der Hypnose ein guter Schläfer. — Grade der Hypnose sind: 1. Somnolenz. Der nur leicht Beeinflusste kann der Suggestion widerstehen, die Augen öffnen. 2. Leichter Schlaf, Hypotaxie, Charme. Er kann die Augen nicht öffnen, gehorcht den Suggestionen, mit Ausnahme der Amnesie. 3. Tiefer Schlaf, Somnambulismus. Amnesie und posthypnotische Erscheinungen. — Dressur. Durch häufiges Hypnotisiren wird die Suggestibilität erhöht. Man hat in Deutschland die Rolle derselben übertrieben. — Erscheinungen der Hypnose. Man kann durch Suggestion sämmtliche bekannte subjective Erscheinungen der Seele und einen grossen Theil der objectiv bekannten Funktionen des Nervensystems produciren, beeinflussen, verhindern (hemmen, modificiren, lähmen oder reizen). Schmerz kann suggerirt und ebenso beseitigt werden; Blindheit, Taubheit u. s. w. Negative Hallucination ist die Trugwahrnehmung des Verschwindens eines vorhandenen Objectes. Reflexe — wie Gähnen, Niesen, Erbrechen, Diarrhoe u. s. w. Zu den wunderbarsten Erscheinungen gehören die vasomotorischen Wirkungen. Menstruation wird regulirt, Nasenbluten; Vesication und blutende Stigmata sind allerdings selten. Affecte: Hass, Zorn, Liebe u. s. w. leicht hervorzurufen; Gedächtniss, Wille beeinflussbar. Verf. liess längst Verstorbene posthypnotisch erscheinen, verwandelte einen Mann in ein Mädchen u. s. w.

Widerstand der Hypnotisirten geschieht bewusst durch ihre vernünftige Logik und unbewusst durch Autosuggestion. Typische Autosuggestionen sind eigenes Hirngewächs und wimmeln bei den Hysterischen.

Posthypnotische Erscheinungen. — Alles was in der Hypnose erzielt wird, kann im Wachzustand durch die Suggestion hervorgerufen werden, dass es nach dem Erwachen geschehen werde. — Verf. führt selbsterlebte Beispiele an. Ebenso für Suggestion à échéance — (Eingebung auf bestimmten Termin). Von 19 seiner gesunden Wärterinnen haben 13 solche Suggestionen ausgeführt. Es handelt sich dabei um ein unbewusstes Denken resp. Wissen.

Wachsuggestion kann bei sehr suggestibeln Menschen ohne den hypnotischen Schlaf hervorgerufen werden. Lähmung, Hallucination, Amnesie u. s. w. In den vorgenannten Zuständen wird nach Verfs. Ansicht eine Suggestion in die normale Thätigkeit der wachen Seele derart eingeschmuggelt, dass jede hypnoseartige Nebenerscheinung ausgeschlossen wird.

Dauernde Erfolge der Suggestion. — Die Wirkung einer Hypnose schwächt sich mit der Zeit ab, — auch wenn man die Suggestion gibt, dass der Erfolg von Dauer sein wird. Trotzdessen werden wirkliche Heilerfolge auf Umwegen erzielt. Am erfolgreichsten wirkt die S. bei allerlei Kleinigkeiten, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit u. a. m., bei allerlei Gewohnheiten, die im Grunde selbst auf Autosuggestion beruhen. Daher die pädagogische Bedeutung der S. —

Das Wesen der Suggestivwirkung liegt in dem Verhältniss des sog. starken Bewusstseins gegenüber dem entsprechenden schwachen; die suggerirte Vorstellung ist concentrirter als die gewöhnliche. — Die Suggestivwirkungen sind die Negation des freien Willens, der eine „auf Unkenntniss der Motive unserer Entschlüsse beruhende Illusion ist" (Spinoza).

Suggestion und Geistesstörung. — Die Misserfolge bei Geisteskranken sind einer der besten Beweise dafür, dass die Kraft der Hypnose im Hirn des Hypnotisirten und nicht des Hypnotiseurs liegt (S. 53).

Abschn. III. behandelt das Verhältniss von Bewusstsein und Suggestion (S. 54—57).

Abschn. IV. giebt sehr beachtungswerthe Winke für die hypnotische Praxis und zählt eine Reihe der damit zu behandelnden krankhaften Zustände auf.

Abschn. V. Beispiele von Heilungen durch Suggestion (S. 64 bis 66).

Abschn. VI. Strafrechtliche Bedeutung der Suggestion (S. 67—80).

Abschn. VII. Anhang: Zwei hypnotisirte Hypnotiseure.

Für die Suggestionstheorie tritt gleichfalls ein, vom practischen Standpunkt aus, namentlich aber für die Wachsuggestion

Dr. ***Franz Müller,*** **Docent d. Nervenpathologie in Graz, Ueber Hypnotismus und Suggestion, sowie deren therapeutische Anwendung in der ärztlichen Praxis. — Wien, Verlag 1889. 20 S.**

Die Regeln für das Hypnotisiren sind fast dieselben wie bei *Forel*, doch bedient sich Verf. häufig noch einer mit Quecksilber gefüllten Glasscheibe zum Fixiren. Conditio sine qua non für das Zustandekommen der Erst-Hypnose ist der Glaube, resp. die Erwartung des Pat., dass er hypnotisirt werden kann. — Die Dauer der Hypnose soll nicht über Gebühr ausgedehnt werden. 3—5 Minuten genügen meistens. Häufig gerathen sehr suggestibele Personen, wie es Hysterische in hohem Maasse

hypnotisirbar, nur gewisse momentane Zustände der Psyche (auch Geisteskrankheit) erschweren die Hypnose. — Die Suggestion wirkt am schnellsten durch Ueberraschung. Ein Hinderniss ist die Autosuggestion des „Nichthypnotisirtwerdenkönnens". — Der gewöhnliche Schlaf unterscheidet sich von dem hypnotischen nur durch die Verbindung des Schlafenden mit dem Hypnotiseur. — Associirte Angewöhnung — Einschlafen und Erwachen zu bestimmter Zeit, an bestimmten Orten und unter gewissen Umständen — kommt der unbewussten Autosuggestion gleich. Die kräftigste Association ist die Schwere der Augenlider. Subjectiv erkennen wir unsern Schlaf nur durch das Träumen. Das Schlafbewusstsein unterscheidet sich vom Wachbewusstsein durch das Halluciniren, durch die tiefen Gefühlswirkungen der Vorstellungen und durch Dissociation der organischen logischen Associationen. — In der Regel ist der normal tief Schlafende zugleich auch in der Hypnose ein guter Schläfer. — Grade der Hypnose sind: 1. Somnolenz. Der nur leicht Beeinflusste kann der Suggestion widerstehen, die Augen öffnen. 2. Leichter Schlaf, Hypotaxie, Charme. Er kann die Augen nicht öffnen, gehorcht den Suggestionen, mit Ausnahme der Amnesie. 3. Tiefer Schlaf, Somnambulismus. Amnesie und posthypnotische Erscheinungen. — Dressur. Durch häufiges Hypnotisiren wird die Suggestibilität erhöht. Man hat in Deutschland die Rolle derselben übertrieben. — Erscheinungen der Hypnose. Man kann durch Suggestion sämmtliche bekannte subjective Erscheinungen der Seele und einen grossen Theil der objectiv bekannten Funktionen des Nervensystems produciren, beeinflussen, verhindern (hemmen, modificiren, lähmen oder reizen). Schmerz kann suggerirt und ebenso beseitigt werden; Blindheit, Taubheit u. s. w. Negative Hallucination ist die Trugwahrnehmung des Verschwindens eines vorhandenen Objectes. Reflexe — wie Gähnen, Niesen, Erbrechen, Diarrhoe u. s. w. Zu den wunderbarsten Erscheinungen gehören die vasomotorischen Wirkungen. Menstruation wird regulirt, Nasenbluten; Vesication und blutende Stigmata sind allerdings selten. Affecte: Hass, Zorn, Liebe u. s. w. leicht hervorzurufen; Gedächtniss, Wille beeinflussbar. Verf. liess längst Verstorbene posthypnotisch erscheinen, verwandelte einen Mann in ein Mädchen u. s. w.

Widerstand der Hypnotisirten geschieht bewusst durch ihre vernünftige Logik und unbewusst durch Autosuggestion. Typische Autosuggestionen sind eigenes Hirngewächs und wimmeln bei den Hysterischen.

Posthypnotische Erscheinungen. — Alles was in der Hypnose erzielt wird, kann im Wachzustand durch die Suggestion hervorgerufen werden, dass es nach dem Erwachen geschehen werde. — Verf. führt selbsterlebte Beispiele an. Ebenso für Suggestion à échéance — (Eingebung auf bestimmten Termin). Von 19 seiner gesunden Wärterinnen haben 13 solche Suggestionen ausgeführt. Es handelt sich dabei um ein unbewusstes Denken resp. Wissen.

Wachsuggestion kann bei sehr suggestibeln Menschen ohne den hypnotischen Schlaf hervorgerufen werden. Lähmung, Hallucination, Amnesie u. s. w. In den vorgenannten Zuständen wird nach Verfs. Ansicht eine Suggestion in die normale Thätigkeit der wachen Seele derart eingeschmuggelt, dass jede hypnoseartige Nebenerscheinung ausgeschlossen wird.

Dauernde Erfolge der Suggestion. — Die Wirkung einer Hypnose schwächt sich mit der Zeit ab, — auch wenn man die Suggestion gibt, dass der Erfolg von Dauer sein wird. Trotzdessen werden wirkliche Heilerfolge auf Umwegen erzielt. Am erfolgreichsten wirkt die S. bei allerlei Kleinigkeiten, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit u. a. m., bei allerlei Gewohnheiten, die im Grunde selbst auf Autosuggestion beruhen. Daher die pädagogische Bedeutung der S. —

Das Wesen der Suggestivwirkung liegt in dem Verhältniss des sog. starken Bewusstseins gegenüber dem entsprechenden schwachen; die suggerirte Vorstellung ist concentrirter als die gewöhnliche. — Die Suggestivwirkungen sind die Negation des freien Willens, der eine „auf Unkenntniss der Motive unserer Entschlüsse beruhende Illusion ist“ (Spinoza).

Suggestion und Geistesstörung. — Die Misserfolge bei Geisteskranken sind einer der besten Beweise dafür, dass die Kraft der Hypnose im Hirn des Hypnotisirten und nicht des Hypnotiseurs liegt (S. 53).

Abschn. III. behandelt das Verhältniss von Bewusstsein und Suggestion (S. 54—57).

Abschn. IV. giebt sehr beachtungswerthe Winke für die hypnotische Praxis und zählt eine Reihe der damit zu behandelnden krankhaften Zustände auf.

Abschn. V. Beispiele von Heilungen durch Suggestion (S. 64 bis 66).

Abschn. VI. Strafrechtliche Bedeutung der Suggestion (S. 67—80).

Abschn. VII. Anhang: Zwei hypnotisirte Hypnotiseure.

Für die Suggestionstheorie tritt gleichfalls ein, vom practischen Standpunkt aus, namentlich aber für die Wachsuggestion

Dr. *Franz Müller*, Docent d. Nervenpathologie in Graz, Ueber Hypnotismus und Suggestion, sowie deren therapeutische Anwendung in der ärztlichen Praxis. — Wien, Verlag 1889. 20 S.

Die Regeln für das Hypnotisiren sind fast dieselben wie bei *Forel*, doch bedient sich Verf. häufig noch einer mit Quecksilber gefüllten Glasscheibe zum Fixiren. Conditio sine qua non für das Zustandekommen der Erst-Hypnose ist der Glaube. resp. die Erwartung des Pat., dass er hypnotisirt werden kann. — Die Dauer der Hypnose soll nicht über Gebühr ausgedehnt werden. 3—5 Minuten genügen meistens. Häufig gerathen sehr suggestibele Personen, wie es Hysterische in hohem Maasse

hypnotisirbar, nur gewisse momentane Zustände der Psyche (auch Geisteskrankheit) erschweren die Hypnose. — Die Suggestion wirkt am schnellsten durch Ueberraschung. Ein Hinderniss ist die Autosuggestion des „Nichthypnotisirtwerdenkönnens". — Der gewöhnliche Schlaf unterscheidet sich von dem hypnotischen nur durch die Verbindung des Schlafenden mit dem Hypnotiseur. — Associirte Angewöhnung — Einschlafen und Erwachen zu bestimmter Zeit, an bestimmten Orten und unter gewissen Umständen — kommt der unbewussten Autosuggestion gleich. Die kräftigste Association ist die Schwere der Augenlider. Subjectiv erkennen wir unsern Schlaf nur durch das Träumen. Das Schlafbewusstsein unterscheidet sich vom Wachbewusstsein durch das Halluciniren, durch die tiefen Gefühlswirkungen der Vorstellungen und durch Dissociation der organischen logischen Associationen. — In der Regel ist der normal tief Schlafende zugleich auch in der Hypnose ein guter Schläfer. — Grade der Hypnose sind: 1. Somnolenz. Der nur leicht Beeinflusste kann der Suggestion widerstehen. die Augen öffnen. 2. Leichter Schlaf, Hypotaxie, Charme. Er kann die Augen nicht öffnen, gehorcht den Suggestionen, mit Ausnahme der Amnesie. 3. Tiefer Schlaf, Somnambulismus. Amnesie und posthypnotische Erscheinungen. — Dressur. Durch häufiges Hypnotisiren wird die Suggestibilität erhöht. Man hat in Deutschland die Rolle derselben übertrieben. — Erscheinungen der Hypnose. Man kann durch Suggestion sämmtliche bekannte subjective Erscheinungen der Seele und einen grossen Theil der objectiv bekannten Funktionen des Nervensystems produciren, beeinflussen, verhindern (hemmen, modificiren, lähmen oder reizen). Schmerz kann suggerirt und ebenso beseitigt werden; Blindheit, Taubheit u. s. w. Negative Hallucination ist die Trugwahrnehmung des Verschwindens eines vorhandenen Objectes. Reflexe — wie Gähnen, Niesen, Erbrechen, Diarrhoe u. s. w. Zu den wunderbarsten Erscheinungen gehören die vasomotorischen Wirkungen. Menstruation wird regulirt, Nasenbluten; Vesication und blutende Stigmata sind allerdings selten. Affecte: Hass, Zorn, Liebe u. s. w. leicht hervorzurufen; Gedächtniss, Wille beeinflussbar. Verf. liess längst Verstorbene posthypnotisch erscheinen, verwandelte einen Mann in ein Mädchen u. s. w.

Widerstand der Hypnotisirten geschieht bewusst durch ihre vernünftige Logik und unbewusst durch Autosuggestion. Typische Autosuggestionen sind eigenes Hirngewächs und wimmeln bei den Hysterischen.

Posthypnotische Erscheinungen. — Alles was in der Hypnose erzielt wird, kann im Wachzustand durch die Suggestion hervorgerufen werden, dass es nach dem Erwachen geschehen werde. — Verf. führt selbsterlebte Beispiele an. Ebenso für Suggestion à échéance — (Eingebung auf bestimmten Termin). Von 19 seiner gesunden Wärterinnen haben 13 solche Suggestionen ausgeführt. Es handelt sich dabei um ein unbewusstes Denken resp. Wissen.

Wachsuggestion kann bei sehr suggestibeln Menschen ohne den hypnotischen Schlaf hervorgerufen werden. Lähmung, Hallucination, Amnesie u. s. w. In den vorgenannten Zuständen wird nach Verfs. Ansicht eine Suggestion in die normale Thätigkeit der wachen Seele derart eingeschmuggelt, dass jede hypnoseartige Nebenerscheinung ausgeschlossen wird.

Dauernde Erfolge der Suggestion. — Die Wirkung einer Hypnose schwächt sich mit der Zeit ab, — auch wenn man die Suggestion gibt, dass der Erfolg von Dauer sein wird. Trotzdessen werden wirkliche Heilerfolge auf Umwegen erzielt. Am erfolgreichsten wirkt die S. bei allerlei Kleinigkeiten, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit u. a. m., bei allerlei Gewohnheiten, die im Grunde selbst auf Autosuggestion beruhen. Daher die pädagogische Bedeutung der S. —

Das Wesen der Suggestivwirkung liegt in dem Verhältniss des sog. starken Bewusstseins gegenüber dem entsprechenden schwachen; die suggerirte Vorstellung ist concentrirter als die gewöhnliche. — Die Suggestivwirkungen sind die Negation des freien Willens, der eine „auf Unkenntniss der Motive unserer Entschlüsse beruhende Illusion ist" (Spinoza).

Suggestion und Geistesstörung. — Die Misserfolge bei Geisteskranken sind einer der besten Beweise dafür, dass die Kraft der Hypnose im Hirn des Hypnotisirten und nicht des Hypnotiseurs liegt (S. 53).

Abschn. III. behandelt das Verhältniss von Bewusstsein und Suggestion (S. 54—57).

Abschn. IV. giebt sehr beachtungswerthe Winke für die hypnotische Praxis und zählt eine Reihe der damit zu behandelnden krankhaften Zustände auf.

Abschn. V. Beispiele von Heilungen durch Suggestion (S. 64 bis 66).

Abschn. VI. Strafrechtliche Bedeutung der Suggestion (S. 67—80).

Abschn. VII. Anhang: Zwei hypnotisirte Hypnotiseure.

Für die Suggestionstheorie tritt gleichfalls ein, vom practischen Standpunkt aus, namentlich aber für die Wachsuggestion

Dr. *Franz Müller*, Docent d. Nervenpathologie in Graz, Ueber Hypnotismus und Suggestion, sowie deren therapeutische Anwendung in der ärztlichen Praxis. — Wien, Verlag 1889. 20 S.

Die Regeln für das Hypnotisiren sind fast dieselben wie bei *Forel*, doch bedient sich Verf. häufig noch einer mit Quecksilber gefüllten Glasscheibe zum Fixiren. Conditio sine qua non für das Zustandekommen der Erst-Hypnose ist der Glaube. resp. die Erwartung des Pat., dass er hypnotisirt werden kann. — Die Dauer der Hypnose soll nicht über Gebühr ausgedehnt werden. 3—5 Minuten genügen meistens. Häufig gerathen sehr suggestibele Personen, wie es Hysterische in hohem Maasse

hypnotisirbar, nur gewisse momentane Zustände der Psyche (auch Geisteskrankheit) erschweren die Hypnose. — Die Suggestion wirkt am schnellsten durch Ueberraschung. Ein Hinderniss ist die Autosuggestion des „Nichthypnotisirtwerdenkönnens". — Der gewöhnliche Schlaf unterscheidet sich von dem hypnotischen nur durch die Verbindung des Schlafenden mit dem Hypnotiseur. — Associirte Angewöhnung — Einschlafen und Erwachen zu bestimmter Zeit, an bestimmten Orten und unter gewissen Umständen — kommt der unbewussten Autosuggestion gleich. Die kräftigste Association ist die Schwere der Augenlider. Subjectiv erkennen wir unsern Schlaf nur durch das Träumen. Das Schlafbewusstsein unterscheidet sich vom Wachbewusstsein durch das Halluciniren, durch die tiefen Gefühlswirkungen der Vorstellungen und durch Dissociation der organischen logischen Associationen. — In der Regel ist der normal tief Schlafende zugleich auch in der Hypnose ein guter Schläfer. — Grade der Hypnose sind: 1. Somnolenz. Der nur leicht Beeinflusste kann der Suggestion widerstehen, die Augen öffnen. 2. Leichter Schlaf, Hypotaxie, Charme. Er kann die Augen nicht öffnen, gehorcht den Suggestionen, mit Ausnahme der Amnesie. 3. Tiefer Schlaf, Somnambulismus. Amnesie und posthypnotische Erscheinungen. — Dressur. Durch häufiges Hypnotisiren wird die Suggestibilität erhöht. Man hat in Deutschland die Rolle derselben übertrieben. — Erscheinungen der Hypnose. Man kann durch Suggestion sämmtliche bekannte subjective Erscheinungen der Seele und einen grossen Theil der objectiv bekannten Funktionen des Nervensystems produciren, beeinflussen, verhindern (hemmen, modificiren, lähmen oder reizen). Schmerz kann suggerirt und ebenso beseitigt werden; Blindheit, Taubheit u. s. w. Negative Hallucination ist die Trugwahrnehmung des Verschwindens eines vorhandenen Objectes. Reflexe — wie Gähnen, Niesen, Erbrechen, Diarrhoe u. s. w. Zu den wunderbarsten Erscheinungen gehören die vasomotorischen Wirkungen. Menstruation wird regulirt, Nasenbluten; Vesication und blutende Stigmata sind allerdings selten. Affecte: Hass, Zorn, Liebe u. s. w. leicht hervorzurufen; Gedächtniss, Wille beeinflussbar. Verf. liess längst Verstorbene posthypnotisch erscheinen, verwandelte einen Mann in ein Mädchen u. s. w.

Widerstand der Hypnotisirten geschieht bewusst durch ihre vernünftige Logik und unbewusst durch Autosuggestion. Typische Autosuggestionen sind eigenes Hirngewächs und wimmeln bei den Hysterischen.

Posthypnotische Erscheinungen. — Alles was in der Hypnose erzielt wird, kann im Wachzustand durch die Suggestion hervorgerufen werden, dass es nach dem Erwachen geschehen werde. — Verf. führt selbsterlebte Beispiele an. Ebenso für Suggestion à échéance — (Eingebung auf bestimmten Termin). Von 19 seiner gesunden Wärterinnen haben 13 solche Suggestionen ausgeführt. Es handelt sich dabei um ein unbewusstes Denken resp. Wissen.

Wachsuggestion kann bei sehr suggestibeln Menschen ohne den hypnotischen Schlaf hervorgerufen werden. Lähmung, Hallucination, Amnesie u. s. w. In den vorgenannten Zuständen wird nach Verfs. Ansicht eine Suggestion in die normale Thätigkeit der wachen Seele derart eingeschmuggelt, dass jede hypnoseartige Nebenerscheinung ausgeschlossen wird.

Dauernde Erfolge der Suggestion. — Die Wirkung einer Hypnose schwächt sich mit der Zeit ab, — auch wenn man die Suggestion gibt, dass der Erfolg von Dauer sein wird. Trotzdessen werden wirkliche Heilerfolge auf Umwegen erzielt. Am erfolgreichsten wirkt die S. bei allerlei Kleinigkeiten, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit u. a. m., bei allerlei Gewohnheiten, die im Grunde selbst auf Autosuggestion beruhen. Daher die pädagogische Bedeutung der S. —

Das Wesen der Suggestivwirkung liegt in dem Verhältniss des sog. starken Bewusstseins gegenüber dem entsprechenden schwachen; die suggerirte Vorstellung ist concentrirter als die gewöhnliche. — Die Suggestivwirkungen sind die Negation des freien Willens, der eine „auf Unkenntniss der Motive unserer Entschlüsse beruhende Illusion ist" (Spinoza).

Suggestion und Geistesstörung. — Die Misserfolge bei Geisteskranken sind einer der besten Beweise dafür, dass die Kraft der Hypnose im Hirn des Hypnotisirten und nicht des Hypnotiseurs liegt (S. 53).

Abschn. III. behandelt das Verhältniss von Bewusstsein und Suggestion (S. 54—57).

Abschn. IV. giebt sehr beachtungswerthe Winke für die hypnotische Praxis und zählt eine Reihe der damit zu behandelnden krankhaften Zustände auf.

Abschn. V. Beispiele von Heilungen durch Suggestion (S. 64 bis 66).

Abschn. VI. Strafrechtliche Bedeutung der Suggestion (S. 67—80).

Abschn. VII. Anhang: Zwei hypnotisirte Hypnotiseure.

Für die Suggestionstheorie tritt gleichfalls ein, vom practischen Standpunkt aus, namentlich aber für die Wachsuggestion

Dr. *Franz Müller*, Docent d. Nervenpathologie in Graz, Ueber Hypnotismus und Suggestion, sowie deren therapeutische Anwendung in der ärztlichen Praxis. — Wien, Verlag 1889. 20 S.

Die Regeln für das Hypnotisiren sind fast dieselben wie bei *Forel*, doch bedient sich Verf. häufig noch einer mit Quecksilber gefüllten Glasscheibe zum Fixiren. Conditio sine qua non für das Zustandekommen der Erst-Hypnose ist der Glaube. resp. die Erwartung des Pat., dass er hypnotisirt werden kann. — Die Dauer der Hypnose soll nicht über Gebühr ausgedehnt werden. 3—5 Minuten genügen meistens. Häufig gerathen sehr suggestibele Personen, wie es Hysterische in hohem Maasse

sind, nur sehr schwer in einen leichten Schlaf. Sie lassen sich aber ohne Hypnose schon im wachen Zustande suggestioniren. Seit 12 Jahren hat Verf. eine erkleckliche Anzahl schwerer Fälle von hysterischen Hemiplegien, Contracturen u. s. w. bei Frauen und Männern durch Verbalsuggestion — mit der Folie eines physikalischen Mittels — des faradischen Pinsels, aber auch ohne diese — geheilt. Unter mehr als 200 Fällen von hysterischen Convulsionen liess ihn diese Methode nur in 3 Fällen im Stich. Hysterische können einzig und allein nur psychisch wirksam behandelt werden.

Gegen die Suggestionisten tritt der frühere Chef de Clinique à la Salpêtrière,

J. *Babinski*, mit einer längeren Arbeit: Grand et petit Hypnotisme — Archives de Neurologie, Janvier et Mars

auf. Er fast die *Charcot*'sche Lehre vom Hypnotismus, der Nancy'er Schule gegenüber in folgende 4 Hauptsätze zusammen:

1. Die somatischen Erscheinungen sind grundlegend für den H., nur durch sie ermittelt man, ob Simulation stattfindet oder nicht; ohne sie hat der H. keine wissenschaftliche Begründung.

2. Die typische Form — der grosse Hypnotismus — besteht aus den 3 Zuständen, Lethargie, Katalepsie, Somnambulismus.

3. Die somatischen Erscheinungen und der grosse H. können ohne Suggestion auftreten.

4. Die ausgeprägten Formen müssen als pathologische Zustände angesehen werden.

Der einzige Grund für die Behauptung *Bernheim*'s, es geschehe Alles lediglich durch Suggestion — wogegen neuerlichst *Beaunis*, einer der 4 Vertreter der Nancy'er Schule auftrete — beruhe auf dem Umstande, dass ihm es nie gelungen sei, die 3 Zustände ohne Suggestion hervorzubringen. Darauf sei zu antworten, der Hypnotismus der Salpétrière ist der H. der Hysterischen. In Nancy und anderswo habe man die Versuchspersonen nicht zuvor auf das Stigma der Hysterie untersucht. Die Verschiedenheit der Ergebnisse rühre mithin von der Verschiedenheit der „Sujets" her, die durchaus nicht erst „erzogen" werden müssen, sondern öfter auf den ersten Wurf die 3 Zustände — wenn auch erst schwach — zu erkennen geben, wofür Beispiele angeführt werden. Für den Ausschluss jedweder Suggestion beruft sich *B.* auf *Tamburini-Seppili*'s, *Ladame*'s, *Vizioli*'s u. A. m., namentlich den Transfert durch den Magnet betreffende Experimente.

Hypnotische Versuche an einer Hysterischen. — Irrenfreund 1888, No. 3 u. 4

ist eine der Oesterreich. Aerztl. Vereinszeitung entnommene Mittheilung der bekannten (S. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1888) Experimente *Krafft-Ebing*'s.

Hypnotische Versuche. — Im Feuilleton der Wiener med. Presse No. 9

bespricht einen Vortrag des Dr. *Ulbrich* aus Reichenberg in Böhmen nebst Demonstrationen. Bei Suggestion des Erblindens verhielten sich die Augen wie bei Amaurose — zufolge Untersuchung seitens Prof. *Sattler*. Einseitige Temperaturerniedrigung wurde erzielt, nicht aber die früher gesehene Verminderung der Herzaction und zwar infolge der ungewöhnlichen Aufregung des „Mediums".

Hypnotism and Suggestion, and their Therapeutic Value. — Aus Alienist u. Neurologist. Januar

ein holländischer, ins Englische übertragene Vortrag des Dr. *Stephan* erkennt die Bedeutung des experimentellen Studiums des Hypnotismus (in der Pariser Schule) an, und hält es nicht für unwahrscheinlich, dass in der hypnotischen Suggestibilität ein wichtiges therapeutisches Agens gefunden sei. Doch möge man vorsichtig damit umgehen, da positive Indicationen dafür noch fehlen und bis jetzt nur noch dynamische Störungen beeinflusst worden seien. Verf. behandelt seinen Gegenstand mit grosser Reserve und Unparteilichkeit.

***v. Corval*, Zur Suggestiv - Therapie. — Dtsch. Medic. - Zeitg. No. 33**

hat in Stockholm bei Dr. *Wetterstrand* in mehr als 800 Sitzungen die Anwendung der Suggestiv-Therapie bei den verschiedensten Erkrankungsformen kennen gelernt, auch „mit eigenen Augen gesehen, dass *W.* durch einfache Mental-Suggestion 2 im Nebenzimmer schlafende Patienten pünktlich auf die ihm allein fixirte Minute erwecken konnte". Er sah 7 Alkoholiker seit längerer Zeit geheilt. Weniger günstig waren die Erfolge bei Morphinisten, durchaus negativ bei Cocainismus. Chloral lässt sich leicht abgewöhnen. Neuralgieen, bes. Ischias — werden nicht selten auf die Dauer beseitigt, 1 Migränefall nach 1 Sitzung ohne Wiederkehr nach 4 Monaten. Hysterische — sind nicht zur Behandlung geeignet (vgl. oben *Müller*). *W.* hat bei mehr als 40000 Sitzungen keine irgendwelche unangenehme Erscheinungen wahrgenommen. Doch „soll das Hypnotisiren nur dem Arzte zu therapeutischen Zwecken gestattet, so wie alle von Nichtbefugten angestellten derartigen Experimente auf das Empfindlichste geahndet werden".

Dr. *Moll* theilt in der Berliner medizin. Gesellschaft, Sitzung vom 10. April 1889 (aus Deutsch. Med. Zt. Nr. 34) seine therapeutischen Erfahrungen auf dem Gebiete des H. mit. Unter 120 F. hat er nur einmal in je 5—6 F. Amnesie beobachtet. 9 typische Fälle von Hysterie, wobei eine Unsumme und ein grosser Wechsel der Beschwerden stattfindet, gaben keinen günstigen Erfolg. 8 Anfälle von isolirten (Krampf- und Schmerz-) Anfällen verliefen dagegen günstig. Functionelle Neuralgieen

bildeten die Mehrzahl der Leiden und wurden meist mit Erfolg behandelt. Bei Chorea war ein Misserfolg und mehrere Besserungen zu verzeichnen. Auf Paralysis agitans übte die H. gar keinen Einfluss; dagegen wurde in einigen Fällen von Ataxie vorübergehende Linderung der Schmerzen erzielt. Ausgezeichnet war der Erfolg in 1 F. von Pruritus nervosus und ebenso in 1 F. von Polyarthritis rheumat., wo nach der zweiten Sitzung die Schmerzen verschwanden und Pat. seit 4 Jahren zum ersten Male wieder gehen konnte und der Erfolg sich 6 Monate lang erhielt.

Dr. *A. Voisin* theilt in der Revue de l'Hypnotisme Heft 12 — den Fall einer Heilung von Lypemanie mit, wozu Selbstmordideen, choreatische und hysterische Erscheinungen seit 8 Jahren sich gesellt hatten. Die dringendsten Zufälle der seit 18 Jahren bestehenden Krankheit wurden in 3 Sitzungen behoben. — Interessant ist die beigegebene Liste von 22 geheilten Fällen, von denen nur 3 (2 Lypemanie, 1 Epilepsie mit Hallucinationen) rückfällig wurden. Darunter ist 1 F. von Moral Insanity, bei dem die Besserung seit 1885 anhält, 1 F. von Lypemanie seit 1884, 2 Fälle von Melancholie und 1 F. von Hystero-Epilepsie seit 1885, 1 F. von Morphomanie, 1 F. von Dipsomanie seit 1886 u. s. w.

Les dangers de l'hypnotisme. — In Annales médico-psycholog. Janv. Mars.

Die Gefahren des H. bildeten den Gegenstand einer lebhaften in den Sitzungen der Société méd. psychol. zu Paris am 29. October 1888 und 28. Januar 1889 stattfindenden Discussion. Dr. *Séglas* demonstrirt an dem Falle einer übrigens neurasthenischen Frau die gefährlichen psychischen Zustände, denen dieselbe unter den Händen eines umherreisenden Magnetiseurs ausgesetzt war. *Briand* erzählt einen ganz ähnlichen Fall und *A. Voisin* theilt mit, dass er den von *Donato* gegebenen öffentlichen Vorstellungen beigewohnt und bei den dazu benutzten Sujets einen Zustand von wahrhaft nervöser Cachexie bemerkt habe. In einem längern Vortrage äussert *Gilles de la Tourette* es sei erstaunlich, wie vielen Mittheilungen über schlimme Folgen der theatralischen Vorstellungen der Magnetiseure und gewerbemässigen Hypnotiseure man in Frankreich begegne, wo, entgegen dem Brauch in andern Ländern, noch kein Verbot des Unfugs ergangen sei. Dr. *Chambard* drückt sich bei dieser Gelegenheit über die Gefahren der öffentlichen hypnotischen Experimente noch schärfer aus, indem er sagt: Die gewerbsmässigen Hypnotiseure müssen ausgerottet werden. Die Seuche des Hypnotisirens wüthe schon in Privatcirkeln und in Schulen, wofür *Charcot* ein Beispiel aus der Champagne in einer seiner Vorlesungen anführe. — Der Vorschlag zu erklären, dass die öffentlichen Vorträge über Hypnotismus verboten werden mögen, wird von der Versammlung einstimmig angenommen.

Dr. *Tarchini-Bonfanti*, L'ipnotismo nell' indagine nei processi penali. — Arch. ital. per le malattie nervose ecc. Ao. XXVI. f. II

hält den Hypnotismus für ein unschädliches und unter Umständen wohl zu benutzendes Auskunftsmittel für Criminalisten — allerdings nur als ein beiläufiges Indicium bei Ermittelung von Verbrechen.

S. N. Danillo, Die therapeutische und gerichtlich-medicinische Bedeutung des Hypnotismus. — Russ. Wjestnik Psych. B. VI. H. 2.

Danillo unterscheidet drei verschiedene Lager, das eine überwiegend französische, welches im Hypnotismus ein Universalmittel gegen alle Krankheiten, ausser Lues, sieht; das zweite, welches dem Hypnotismus jede therapeutische Einwirkung abspricht und endlich ein drittes, welches den Mittelweg einschlägt. Verf. selbst kommt zu folgenden Schlüssen nicht blos auf Grund der Literatur über den Hypnotismus, sondern gestützt auf eigene Erfahrung bei der Behandlung von Geistes- und Nervenkrankheiten vermittelst des Hypnotismus ohne jede andere Mittel.

Die Indication zur Anwendung des Hypnotismus bedarf durchaus noch weitere genaue Forschungen. Bei der Behandlung von Nerven- und Geisteskranken ist der Nutzen des Hypnotismus ein zweifelhafter und unbeständiger, verdient jedoch jede Berücksichtigung, darf jedoch nur von Aerzten, die sowohl mit den theoretischen wie practischen Grundsätzen genau vertraut sind, gehandhabt werden.

Was den gerichtlich-medicinischen Standpunkt anbetrifft, so verdienen die Erscheinungen des Hypnotismus einer ganz besonderen Beachtung.

Danillo ist der Meinung, dass ein Individuum ohne den Willen oder Einwilligung desselben hypnotisirt werden kann, sowohl mittelst der Suggestion wie auch ohne dieselbe. Die Hypnose, der hypnotische Schlaf müssen scharf und genau von den Suggestionszuständen unterschieden werden. Die Suggestion wirkt leichter und rascher bei hysterischen Individuen, als bei anderen Nervenleiden. Unter der Einwirkung des Hypnotismus können ohne Zweifel verbrecherische Handlungen begangen werden, hypnotisirte Personen können das Object verbrecherischer Thaten sein. Oeffentliche Schaustellungen und Reclame handwerksmässiger Hypnotiseure müssen von Rechts wegen streng verboten werden.

Da während der Hypnose sehr oft Sinnestäuschungen beobachtet werden, so sind Aussagen hypnotisirter Personen unzuverlässig, und daher kann, abgesehen von anderen, ethischen Gründen, die Hypnose zu gerichtlichen Zwecken durchaus nicht verwerthet werden.

Die Verwerthung des hypnotischen Schlafes und der Suggestion bei der Behandlung der verschiedenen Formen von Geistesstörung blieben ohne jedes Resultat, eben so blieben sie auch ohne jeden Erfolg bei der Behandlung des Alkoholismus; nur bei verschiedenen hysterischen Zuständen wurden Erfolge erzielt, aber auch hier wurden häufige Rückfälle beobachtet.

A. v. Rothe.

***Tokarewski*, *A. A.*, Zur Frage der schädlichen Einwirkung des Hypnotismus. — Russ. Wjestnik Psych. Bd. VI. H. 2.**

Der hypnotische Einfluss besteht aus drei Factoren, die in Gemeinschaft wirksam sind, aber zugleich auch jeder einzeln seine besondere Bedeutung hat. Es muss genau unterschieden werden der Einfluss und die Bedeutung 1) des hypnotischen Schlafes, 2) der Suggestion und 3) die Art des Hypnotisirens.

Vor dem Beginn des hypnotischen Schlafes ist es durchaus nöthig, das Individuum genau zu untersuchen und weiter genau das Verhältniss des Subjectes zu dem bevorstehenden Acte zu ergründen. Bei Beurtheilung des Einflusses der Beziehung des Subjectes zum Hypnotisiren selbst, darf nicht ausser Acht gelassen werden, dass die bewussten Vorstellungen ihren Einfluss mit der grössten Kraft vorzüglich beim Beginn und Ende des hypnotischen Schlafes ausüben. Weiter müssen berücksichtigt werden die Art und Weise, wie der Schlaf und die Suggestion hervorgerufen werden. Der schädliche Einfluss des Hypnotisirens kann sich bemerkbar machen durch die Abhängigkeit von den Bedingungen des Subjectes zum Einschläfern; wobei die Furcht vor dem Hypnotisirtwerden, besonders in Verbindung mit bewussten Vorstellungen der zu erwartenden Folgen eine bedeutende Rolle spielt. Unentsprechendes Verhalten des Einzuschläfernden kann auch gewisse Complicationen hervorrufen, die noch vermehrt werden können durch schroffes Einwirken des Hypnotiseurs auf den zu Hypnotisirenden. Das in Schlaf Versetzen gegen den Willen des Betreffenden, selbst ohne besonders schroffes Handeln kann auch üble Folgen nach sich ziehen. Langdauernde Anstrengung der Augenmuskeln bei Fixationen verursachen nicht nur Kopfschmerzen, sondern auch andere Zufälle. Die Suggestion soll stets mit der grössten Vorsicht ausgeführt werden, und oft sollte man sich nur mit dem hypnotischen Schlafe begnügen. Die Suggestionen sollen von einer Idee ausgehen, und bei den bestehenden Lebensbedingungen des Hypnotisirten ausführbar sein. Partielle Suggestionen zum Zwecke der Entfernung gewisser Symptome sollen auch an die allgemeine Suggestion der Genesung nur anschliessen. Werden diese Bedingungen nicht erfüllt, so können die einen Zufälle durch andere ersetzt werden, und es kann nicht nur zum Somnambulismus kommen, sondern auch das geistige Gleichgewicht kann gestört werden.

Alle Suggestionen, deren Einfluss man nicht zu erhalten gedenkt, müssen rechtzeitig wieder wegsuggestionirt werden, von besonderer Bedeutung ist diese Regel bei Versuchen. In einzelnen Fällen tritt nach wiederholtem Einschlafen ein Zustand von Autohypnotisation ein, um dem vorzubeugen, muss der Gegenbefehl zum freiwilligen Einschlafen gegeben werden. Der grösste Theil der schädlichen Wirkung des Hypnotismus wird durch Nichtbeachtung dieser Vorschriften hervorgerufen.

Es muss angenommen werden, dass einzelne Individuen mit besonderer

Erregung der Nervenelemente und grosser Nervenschwäche bei Aufhebung des Gleichgewichtes der psychischen Sphäre selbst bei vorsichtigem Hypnotisiren von unvorhergesehenen Complicationen befallen werden, deren Ursache bis jetzt unbekannt ist. Wahrscheinlich trägt die Art des Hypnotisirens viel zu dem Entstehen solcher Zustände bei. Einzelne Formen des hypnotischen Schlafes sind an und für sich unerwünschte Erscheinungen. Zu solchen gehören das selbstständige Deliriren und Halluciniren. Ein derartiger Schlaf ohne vorhergegangene Suggestion ist eine Contraindication zur Wiederholung des Einschläferns.

Als hinreichenden Grund zum Verbote öffentlicher Sitzungen und Vorstellungen genügen: der bewusste Einfluss der Nachahmung im Allgemeinen, die ausserordentliche Complication der psychischen Processe während der Hypnose, wie auch die ausserordentliche Empfänglichkeit des Subjectes gegen äussere Reize, und schliesslich der Missbrauch, welcher von Unbefugten und mit bösartiger Absicht mit dem Hypnotismus getrieben wird.

Es ist wünschenswerth, dass Fälle mit ungünstigen Complicationen und Verlauf beim Hypnotisiren genau beschrieben werden und zwar mit Berücksichtigung des psychischen Zustandes des Individuums sowohl vor wie nach dem Hypnotisiren, wie auch welche Art des Hypnotisirens angewendet worden war. *A. v. Rothe.*

---

2. Psychophysik. Ref.: Kraepelin-Dorpat.

Münsterberg, **Beiträge zur experimentellen Psychologie, Heft 1. — Freiburg 1889.**

Unter dem vorstehenden Titel inaugurirt *M.* eine Serie zwangloser Hefte mit experimentellen Arbeiten, welche von ihm selbst unter Beihülfe seiner Schüler nach einheitlichem Plane durchgeführt werden und speciell die Lösung einer psychologischen Fundamentalfrage im Auge haben sollen. Indem er die Consequenzen der in seinem Werke über die Willenshandlung ausgesprochenen Anschauungen zieht, bekämpft er in den einleitenden Betrachtungen den Begriff der Apperception in der Fassung, welche ihm *Wundt* gegeben hat, als ein Residuum metaphysischer Psychologie und bemüht sich, ihn derart umzugestalten, dass er sich ungezwungen in den Rahmen einer wahrhaft „psychophysischen" Betrachtungsweise des Seelenlebens hineinfüge.

Er geht daher darauf aus, Thatsachenmaterial zu gewinnen, welches den durchgängigen Zusammenhang des Seelenlebens mit dem physiolo-

gischen Mechanismus möglichst eindringlich darzuthun geeignet sei. In dieser Absicht hat *M.* zunächst zwei grössere Versuchsreihen ausgeführt, von denen die erste den Einfluss der Aufmerksamkeit auf complicirtere Unterscheidungen und Wahlacte klarlegt, während sich die zweite mit dem zeitlichen Ablaufe höherer psychischer Functionen, namentlich zusammengesetzter Urtheile beschäftigt. Die erste Gruppe von Experimenten sucht die von *L. Lange* angebahnte Unterscheidung zwischen musculärer und sensorieller Reaction auch auf verwickeltere Reactionsformen zu übertragen. Als Reiz diente zumeist das Ausrufen wechselnder ein- und zweisilbiger Wörter, die bei den einzelnen Reihen unter eine von je 5 bestimmten Kategorien subsummirt werden mussten; die Reaction geschah durch Oeffnen eines Schlüssels mit demjenigen Finger der rechten Hand, dem nach vorheriger Verabredung die gerade in Frage kommende Kategorie associirt worden war. Die Zeitmessung wurde mittelst des *Hipp*'schen Chronoskops unter Controle durch einen Fallapparat durchgeführt; aus den so gewonnenen Zahlen wurden die arithmetischen Mittel in Tausendstel Secunden (σ) berechnet. Bei der vollständigen Reaction sollte die Aufmerksamkeit möglichst dem zu erwartenden Eindrucke, bei der „verkürzten" dagegen der auszuführenden Reactionsbewegung zugewendet werden. Einen Ueberblick über die Versuchsresultate gibt die folgende Tabelle:

		Vollständige Reaction	Verkürzte Reaction
Einfache Reaction		162	120
Wahlreaction		383	289
Urtheil und Wahl	I. Gruppe	688	430
	II. Gruppe	712	432
	III. Gruppe	893	432
	IV. Gruppe	1122	437.

Die 5 Wahlkategorien waren dabei in Gruppe: I. Die 4 Casus, der Singular und der Nominativ Plural. II. Substantiv, Adjectiv, Pronomen, Zahlwort, Verbum. III. Stadt, Fluss, Thier, Pflanze, Element. IV. Dichter, Musiker, Naturforscher, Philosophen, Staatsmänner.

Aus diesen Versuchen, die in ihrer einfachsten Form die Beobachtungen *L. Lange*'s bestätigen, ergibt sich weiterhin die zunächst überraschende Thatsache, dass dem allmählichen beträchtlichen Anwachsen in der Dauer der „sensoriellen" Reactionen eine ganz merkwürdige Gleichförmigkeit der musculären Reactionsvorgänge gegenübersteht, dass also dieselbe intellectuelle Arbeit weit schneller und regelmässiger geleistet wird, wenn wir unsere Aufmersamkeit der Ausführung der verabredeten Bewegung zuwenden, als wenn wir dieselbe direct auf das von uns verlangte Urtheil richten. Freilich sind im ersteren Falle stets eine mehr oder weniger grosse Anzahl von Fehlreactionen (bis gegen 30 pCt.) zu verzeichnen. *M.* zieht aus diesen interessanten Ergebnissen den Schluss, dass die Apperceptionstheorie, sofern sie bei jedem Urtheil eine wirklich bewusste Auswahl aus-

einer Reihe sich darbietender Vorstellungen voraussetzte, für das gewöhnliche Denken unzutreffend sei; vielmehr wird seiner Ansicht nach das Urtheil im Bereiche der psychophysischen Vorgänge bereits soweit vorbereitet, dass die Reactionsbewegung als einfache Resultante jener letzteren gewissermaassen reflectorisch ausgelöst wird, bevor uns noch das Reizwort oder gar die Association irgendwie klar zum Bewusstsein kommt. Es kann demnach nicht nur die einfache Verknüpfung von Sinneseindrücken mit Bewegungen durch specielle Uebung zu einem rein mechanisch sich abspielenden Vorgange werden, sondern auch verwickelten Denkoperationen, nach *M.*'s Auffassung sogar allen insgesammt, stehen wir als passive Zuschauer gegenüber; die ihnen entsprechenden physiologischen Prozesse brauchen sich eigentlich gar nicht aus dem Bereiche des Unbewussten zu erheben, um doch nach den Gesetzen der Causalität schliesslich das richtige motorische Resultat herbeizuführen. Ohne Zweifel hat diese Ansicht den grossen Vorzug der Einfachheit, und sie enthält gewiss viel Wahres, aber sie lässt sich einerseits aus den angeführten Versuchsthatsachen, vielleicht empirisch überhaupt, nicht erweisen, und sie steht andrerseits durchaus nicht in einem so schroffen Gegensatze zur Apperceptionstheorie, wie *M.* zu glauben scheint. Was zunächst die Berechnung der Versuchszahlen anbetrifft, so muss darauf hingewiesen werden, dass die Differenzen zwischen vollständigen und verkürzten Reactionen wegen der Benutzung der arithmetischen Mittel zu gross erscheinen, da bei dieser Methode lange Zahlen einen ganz unverhältnissmässigen Einfluss auf das Rechnungsergebniss ausüben. Aber wenn auch durch diese Fehlerquelle die Zahlenverhältnisse nur graduell und nicht wesentlich verschoben würden, so sind doch dieselben keinesfalls geeignet, die von *M.* so scharf gezeichnete Alternative zu entscheiden. Wenn bei der Einstellung der Aufmerksamkeit auf die motorische Aufgabe schon sehr kurze Zeit nach dem Einwirken des Reizwortes die gewählte Bewegung sich einleitet, so kann daraus schlechterdings nur gefolgert werden, dass eben hier gewisse Stadien des ganzen, bei der „vollständigen" Reaction in einzelne Akte zerlegten Denkprozesses rascher ablaufen, weil sie besser vorbereitet worden sind. Man könnte etwa daran denken, dass gerade der Innervationsvorgang besonders zeitraubend sei und dadurch abgekürzt werde, dass die einleitende Spannung hier schon während früherer Versuchsphasen sich einstelle. Dem würde allerdings das rasche Anwachsen der Zahlen für die vollständigen Reactionen mit wachsender Schwierigkeit der intellectuellen Aufgabe entgegenstehen. Allein die massenhaften Fehlreactionen bei den verkürzten Reactionen deuten mit Entschiedenheit darauf hin, dass eben hier wegen der weit vorbereiteten Innervation häufig bereits reagirt wurde, bevor die Urtheilsbildung vollendet war und jedenfalls immer, sobald nur gerade die Association hervorzutreten begann, während in jenem ersteren Falle offenbar erst die deutliche Ausgestaltung derselben abgewartet wurde. Gerade die Gleichförmigkeit der verkürzten Reactionen dürfte dafür sprechen, dass

hier vorzugsweise die leichten, rasch vollziehbaren Urtheile brauchbare Werthe lieferten, während die schwierigen, das Mittel der vollständigen Reactionen stark verlängernden Associationen zum Theil vielleicht just die Fehlreactionen lieferten. Ich bin natürlich ausser Stande, die Bedeutung dieser Einwände abzuschätzen, und denke nicht daran, *M.*'s Auffassung seiner auf jeden Fall recht interessanten Versuche durch dieselben widerlegen zu wollen — nur glaube ich nicht, dass die Probleme, von denen *M.* ausgeht, irgendwie durch sie zum Austrag gebracht werden können. Dazu sind eben der Deutungsmöglichkeiten solcher Ergebnisse für heute noch zu viele.

Zudem scheint mir, dass *M.* der von ihm bekämpften Apperceptionstheorie eine Form gegeben hat, welche mehr enthält, als jene in Wahrheit sagen will. Wenn der Apperception die Fähigkeit zugeschrieben wird, zwischen mehreren bereiten Vorstellungen eine Auswahl zu treffen, so liegt darin an und für sich durchaus nicht der Hinweis auf ein metaphysisches, das Causalgesetz durchbrechendes Princip, und *Wundt* selbst hat meines Wissens niemals einer derartigen Hypothese Vorschub geleistet. Es handelt sich dabei zunächst einfach um die Beschreibung einer unbestreitbaren psychologischen Erfahrung, ohne Rücksicht auf die Bedürfnisse und Wünsche anderer Wissenschaften, aber auch ohne Widerspruch zu ihnen. Im Gegentheil lässt gerade die Zurückführung der Apperceptionsthatsachen auf die im Laufe des Lebens erworbenen, die bisherige psychische Arbeit repräsentirenden Dispositionen ohne jede Schwierigkeit eine psychophysische Deutung derselben zu. Einen principiellen, unüberbrückbaren Gegensatz zwischen apperceptiver und associativer Thätigkeit kann natürlich Niemand annehmen, der überhaupt auf dem Boden der Entwickelungstheorie steht. Beide können aber sehr wohl in einander übergehen, ohne dass man sie darum schon, wie *M.* thut, für identisch zu erklären brauchte. Gegen eine metaphysische Auffassung der Apperception spricht ganz gewiss jeder Nachweis irgend einer Gesetzmässigkeit im Seelenleben; zu einer so detaillirten Construction des psychophysischen Geschehens beim Denken, wie *M.* sie sich einfach mit Hülfe von Ganglienzellen und Leitungsbahnen herzustellen sucht, reichen aber zur Zeit weder unsere Kenntnisse der Hirnmechanik, noch unser psychologisches Thatsachenmaterial aus, wenn man nicht ganz willkürlich verfahren will. Dass *M.* sich dabei gegen seine bessere Einsicht nicht immer von der Ausdrucksweise des Materialismus hat frei halten können, deutet der Satz (p. 164) an, dass der ganze „Associationskreis in Mitschwingung" versetzt werde.

Die meisten seiner Auseinandersetzungen stützen sich allerdings auch noch auf die zweite der oben bereits erwähnten Versuchsgruppen, über deren Resultate die nachfolgende Tabelle Aufschluss giebt. Die Versuche wurden an zwei Personen (M. und R.) in der Weise angestellt, dass auf Fragen reagirt werden musste, deren Beantwortung successive immer verwickeltere Denkprocesse voraussetzte. Die Fragen waren so eingerichtet,

dass das entscheidende Wort stets am Schlusse stand; die Versuchsperson reagirte mit Hülfe eines gewöhnlichen Schlüssels möglichst in dem Augenblicke, in welchem ihr die Antwort zum Bewusstsein kam. In diesem letzteren Punkte der Versuchsanordnung liegt übrigens eine Fehlerquelle, deren Grösse sehr vom Individuum abhängt und sich daher schwer schätzen lässt.

		M.	R.
I.	Wortnachsprechen	403	362.
II.	Unbeschränktes Beziehungsurtheil	845	948.
III.	Beschränktes Beziehungsurtheil	970	1103.
IV.	Eindeutiges Beziehungsurtheil	808	889.
V.	Subjectives Entscheidungsurtheil	906	1079.
VI.	Dasselbe mit vorangehendem, coordinirtem Vorstellungsmaterial	694	659.
VII.	Beschränktes Beziehungsurtheil + subjectivem Entscheidungsurtheil	962	1137.
VIII.	Beschränktes Beziehungsurtheil + subjectivem Entscheidungsurtheil + eindeutigem Wahlurtheil . . .	1844	1866.
IX.	Eindeutiges Beziehungsurtheil + eindeutigem Wahlurtheil	1291	1337.
X.	Eindeutiges Beziehungsurtheil + eindeutigem Wahlurtheil mit vorangehendem coordinirtem Vorstellungsmaterial	1153	1145.
XI.	Beschränktes Beziehungsurtheil + doppeltem subjectivem Wahlurtheil	2197	2847.

Diese Zahlen, die allerdings leider wieder arithmetische Mittel repräsentiren, gewähren einen Einblick in die wachsende Dauer der Denkoperationen mit zunehmender Schwierigkeit der gestellten Aufgabe. Von besonderem Interesse ist dabei zunächst das Verhältniss der Versuchsreihen II, III und IV. Am raschesten vollzieht sich das Urtheil, wenn durch die Frage die Richtung der Vorstellungsverbindung eindeutig vorgeschrieben wird, etwas langsamer, wenn der Association völlig freie Bahn gelassen wird, so dass die erste beliebig auftauchende Vorstellung bereits die gestellte Aufgabe löst. Die bei Weitem längste Zeit wird dann verbraucht, wenn wir zwischen einer beschränkten Zahl möglicher Vorstellungen die Auswahl treffen müssen. Gerade hier sind ja auch die Bedingungen für einen „Kampf" und zeitweise gegenseitige Hemmung der Vorstellungen am günstigsten. Weiterhin ist von Bedeutung das Verhalten von V und VI, sowie von IX und X. Die zu lösenden Aufgaben waren in VI und X dieselben, wie bei V und IX; nur wurde dort vor der Stellung der Frage eine Reihe coordinirter Vorstellungen, unter ihnen auch die in der Frage erwähnten, rasch aufgezählt. Dieses Avertissement mit unwillkürlicher Anregung auch der nun sofort geforderten Associationen genügte augenscheinlich, die

Associationsbereitschaft in erheblichem Maasse zu erhöhen und somit den ganzen Vorgang abzukürzen.

Wesentliche weitere Folgerungen lassen sich aus dem von *M.* angeführten Zahlenmateriale einstweilen schwerlich ziehen. Es würde viel zu weit führen, sollte hier noch mehr auf die durchweg scharfsinnigen, klaren und in origineller Form gegebenen theoretischen Erörterungen eingegangen werden, welche *M.* an die Darstellung seiner Versuche anknüpft. Auch für denjenigen, dem die thatsächliche Basis zu klein und zu unsicher erscheint, um als Stütze so weitreichender Schlussfolgerungen zu dienen, werden sie eine Quelle vielfacher Anregung sein, vielleicht gerade deswegen, weil sie häufig genug zu Einwand und Widerspruch herausfordern. Der erklärliche Wunsch, zu einer möglichst einfachen und vollständigen Weltanschauung zu gelangen, lässt *M.* dem grossen Ziele zu Liebe Hindernisse bisweilen leichter überwinden, als es nach der Lage der Dinge möglich erscheint.

Kirschmann, **Ueber die Helligkeitsempfindung im indirecten Sehen. — Philosophische Studien, V, 3, p. 447—497.**

K. hat die oft untersuchte Frage nach der relativen Lichtempfindlichkeit verschiedener Partien der Netzhaut von Neuem einer experimentellen Prüfung unterzogen. Indem er von der Erfahrung ausging, dass beim Fixiren einer gleichmässig grauen Fläche der mittlere Theil des Gesichtsfeldes dunkler erscheint, als die seitlichen Zonen, während doch aus physikalischen Gründen die in das Auge gelangende objective Lichtmenge mit Verkleinerung des Einfallswinkels abnimmt, suchte er mit Hülfe rotirender, aus variirbaren schwarzen und weissen Vectoren zusammengesetzter Scheiben für verschiedene Punkte der wichtigsten Netzhautmeridiane dasjenige Grau festzustellen, welches für die Empfindung einem ähnlich erzeugten fixirten Grau gleich zu sein schien. Dabei ergab sich regelmässig, dass dem indirect gesehenen Grau erheblich weniger Weiss beigemischt zu werden brauchte, wenn es denselben Ton haben sollte, wie die fixirte Scheibe. Offenbar also waren die seitlichen Netzhautpartien so viel empfindlicher für die Helligkeit, dass dadurch der Ausfall an objectiver Beleuchtung gegenüber dem Centrum nicht nur ausgeglichen, sondern sogar übercompensirt wurde. Das Verhältniss des fixirten zu dem indirect gesehenen, ihm gleich geschätzten Grau erreichte Werthe bis zu 1,287. Am grössten erwies sich die Lichtempfindlichkeit auf dem Horizontalmeridian der Netzhaut, relativ am geringsten auf der unteren Hälfte des Verticalmeridians. Das Maximum der Lichtempfindlichkeit war dort an und für sich ein höheres und lag weiter vom gelben Fleck entfernt (bei etwa 22—25°), als hier (bei 15°); noch weiter peripheriewärts schien die Empfindlichkeitsdifferenz wieder geringer zu werden. Die gleichen Resultate wurden bei verschiedener Intensität des Grau der fixirten Scheibe erhalten, doch war die Empfindlichkeitsdifferenz zwischen Centrum und Peripherie grösser bei geringerer Helligkeit der Scheiben, eine Erscheinung, welche von *K.* darauf zurückgeführt wird, dass

die Contrastwirkung des relativ dunklen Hintergrundes, von dem sich beide Scheiben abhoben, die indirect gesehene Scheibe nur so lange stärker aufhellen konnte, als die von *Lehmann* für den Contrast besonders günstig gefundene maximale Helligkeitsdifferenz zwischen jener letzteren und dem Hintergrunde noch nicht überschritten war. Sobald die Helligkeit der Scheiben noch weiter wuchs, wurde offenbar die fixirte Scheibe wegen ihrer geringeren subjectiven Lichtstärke relativ mehr vom Contraste begünstigt und damit die gemessene Empfindlichkeitsdifferenz zwischen Centrum und Peripherie verringert.

Eine Bestätigung fanden die allgemeinen Ergebnisse der früheren Versuche in weiteren Experimenten, welche in der Weise angestellt wurden, dass man durch einen Ausschnitt hindurch die mit abwechselnden weissen und schwarzen Verticallinien bedeckte Oberfläche einer rotirenden, aufrecht stehenden Trommel betrachtete. War die Geschwindigkeit derselben derart regulirt, dass jene Linien bei directer Fixation in ein gleichmässiges Grau verschwammen, so musste zur Erreichung desselben Effectes die Schnelligkeit der Bewegung immer mehr gesteigert werden, sobald nicht der Ausschnitt selbst, sondern successive weiter seitlich gelegene Punkte fixirt wurden und somit das Bild der rotirenden Fläche auf immer excentrischer gelegenen Abschnitten des horizontalen Netzhautmeridians entworfen wurde; Diese Erfahrung würde ebenfalls für die Annahme einer grösseren Lichtempfindlichkeit der Retinaperipherie sprechen, wenn sie sich auch, wie *K.* im Anschlusse an eine Bemerkung *Wundt*'s andeutet, möglicherweise nur aus einem grösseren Abstande der einzelnen lichtempfindenden Elemente erklären liesse.

Zum Schlusse weist *K.* auf die Zweckmässigkeit der Einrichtung hin, dass gerade diejenigen Theile der Netzhaut, auf welche am häufigsten die Bilder von äusseren Gegenständen fallen, mit einer erhöhten Empfindlichkeit ausgestattet sind. Wenn wir auch nur eine kleinere Partie des Gesichtsfeldes in besonderer Deutlichkeit vor uns haben, so wird es doch auf diese Weise ermöglicht, dass jedes Object von irgend welcher Erheblichkeit auf uns einwirken und nach Umständen unsere Aufmerksamkeit anziehen muss. Die kurz vor *K*'s Arbeit veröffentlichten, allerdings unter wesentlich anderen Bedingungen angestellten Untersuchungen von *E. A. Fick* haben noch erheblich höhere Werthe für die relative Empfindlichkeit der Netzhautperipherie ergeben, während *Treitel* sogar zu dem entgegengesetzten Resultate kam. Auf die mannigfachen früheren Arbeiten von *Schadow*, *Buts* u. A. m. ist *K.* leider gar nicht eingegangen.

Müller, G. E. und ***Schumann, Fr.***, Ueber die psychologischen Grundlagen der Vergleichung gehobener Gewichte. — Archiv f. d. gesammte Physiologie XLV, p. 37—112.

Die Vff. haben zum Theil mit den Originalapparaten *Fechner*'s die berühmten Gewichtsversuche des Begründers der Psychophysik nach neuer

Methode und mit neuen Zielen wieder aufgenommen. Zwar arbeiteten sie auch nach der Methode der richtigen und falschen Fälle unter sehr detaillirter Registrirung aller vorkommenden Varianten des Schätzungsurtheils, aber sie vollzogen die Hebungen rasch, ruckweise, in bestimmten durch ein Metronom regulirten Intervallen, und der Hauptzweck ihrer Untersuchung war nicht die Prüfung des *Weber*'schen Gesetzes, sondern das Studium einiger anderer wichtiger Verhältnisse des Muskelsinns. Das erste interessante Gebiet von Thatsachen, welches einer genaueren Durchforschung unterworfen wurde, war die sog. „Einstellung" der motorischen Impulse, der Einfluss, den die Uebung auf die Kraft und Ausgiebigkeit unserer Willkürbewegung ausübt. Hebt man in bestimmtem Rhythmus regelmässig abwechselnd leichte und schwere Gewichte und setzt dann plötzlich an die Stelle des leichten ein schweres Gewicht und umgekehrt, so wird das schwere unverhältnissmässig überschätzt, das leichte in demselben Maasse unterschätzt, weil wir mit dem eingeübten Impulse an das vertauschte Gewicht herantreten und nun durch den unerwartet geringen oder grossen Bewegungseffect in unserem Urtheil beeinflusst werden. Dieselbe Erscheinung begegnet uns in den verschiedenartigsten Variationen. Ein und dasselbe Gewicht erscheint bald grösser bald kleiner als ein anderes ihm gleiches Gewicht, je nachdem sich an seiner Stelle vorher ein leichteres oder schwereres Gewicht befunden hatte, je nachdem wir also auf einen relativ schwächeren oder stärkeren Bewegungsimpuls eingestellt waren. Am deutlichsten tritt dieses Verhalten bei zweihändigen Versuchsreihen hervor; es lässt sich aber auch bei einhändigem Verfahren und selbst bei dreigliedrigem Rhythmus nachweisen. Bisweilen gelingt es sogar, die mit einem Arme eingeübte Einstellung auf Versuche mit dem anderen Arme ohne Weiteres zu übertragen, ja selbst bei absichtlicher, nicht unwillkürlich durch die Uebung entstandener Veränderung der Impulse unterliegen wir der geschilderten Täuschung. Regelmässig ist der Einfluss der Einstellung am stärksten unmittelbar nach der Ausführung der betreffenden Uebungsversuche, aber er kann in verringertem Maasse selbst bis zum folgenden Tage fortdauern, wenn er nicht durch planmässige Einstellung in entgegengesetztem Sinne schon vorher beseitigt wird. Bei nicht ruckweiser, sondern langsamer Hebung fällt die Wirkung der Einstellung weit geringer aus, da hier von Anfang an das regulirende Eingreifen der Antagonisten den Vorgang modificirt. Auf pathologischem Gebiete und namentlich auch im gewöhnlichen practischen Leben spielen die motorischen Einstellungen unzweifelhaft eine nicht geringe Rolle; so ist *M.* geneigt, die Arbeitserleichterung und damit auch die Freude an rhythmischen Bewegungen (Tanzen, tactmässigem Marschiren) ja auch bei der Auffassung rhythmisch gegliederter Eindrücke mit den von ihm studirten Erscheinungen in Verbindung zu bringen.

Auch die Vergleichung gehobener Gewichte geschieht wesentlich durch Vermittelung der Einstellung. Indem wir die beiden Hebungen mit gleicher

Grösse des motorischen Impulses ausführen, gewinnen wir den Maassstab für unser Urtheil aus der verschieden grossen Geschwindigkeit, welche unter diesen Umständen verschieden schweren Gewichten ertheilt wird. Aendert sich aus irgend einem Grunde die Grösse des einen Impulses, wie bei den oben beschriebenen Versuchen, so verlieren wir die Fähigkeit richtiger Schätzung und begehen bestimmte Fehler, da wir uns der Stärke unserer Impulse nicht unmittelbar und jedenfalls nur in recht unvollkommener Weise bewusst werden. Natürlich entsteht nun die Frage, in welcher Weise wir denn die Hubgeschwindigkeiten, m. a. W. die Lageveränderungen unserer Glieder wahrnehmen. Auf Grund einer genauen Analyse der experimentellen Thatsachen und namentlich der vorliegenden pathologischen Beobachtungen kommen die Vff. zu dem Schlusse, dass jene Kenntniss uns nicht durch die sensiblen Muskelnerven, welche sie vor Allem als die Vermittler des Ermüdungsgefühles betrachten, auch in relativ beschränktem Maasse nur durch die Hautnerven, sondern in allererster Linie durch die Gelenksensibilität ermöglicht wird. Auf diese Weise erklärt es sich, dass auch Anästhetische, soweit ihnen noch die Gelenkempfindungen und damit die Vorstellungen von der Lage ihrer Glieder erhalten sind, sehr wohl Gewichtsschätzungen auszuführen vermögen.

Der wichtigste Schluss, den die Vff. aus ihren Versuchsergebnissen im Verein mit den pathologischen Thatsachen ziehen, ist die Nichtexistenz der sog. „Innervationsempfindungen", soweit man in ihnen die unmittelbare Auffassung der Grösse unserer Willensimpulse sieht. In der That zeigt sich überall, dass eine einigermaassen genaue Kenntniss unserer Bewegungen nur aus dem Effecte derselben gewonnen werden kann, und dass wir grobe Schätzungsfehler begehen, sobald wir durch irgend welche Ursachen der Controle mittelst peripherer Eindrücke beraubt werden. Die mit dem Auftauchen eines Willensimpulses ebenfalls hervortretenden Bewegungsvorstellungen, sind nicht sowohl centrale ausgelöste Wahrnehmungen des ablaufenden Actes selbst, als vielmehr Erinnerungsbilder früherer peripherer Eindrücke.

Wie bei allen psychophysischen Untersuchungen, so hatten sich auch bei den vorliegenden Experimenten gewisse constante Fehler geltend gemacht, welche durch geeignete Variation der Versuchsbedingungen eliminirt werden mussten. Der durch die Aufeinanderfolge der beiden Hebungen bedingte „Zeitfehler" bewirkte im Allgemeinen eine Unterschätzung des zweiten Gewichtes, wahrscheinlich deswegen, weil bei dem raschen Tempo der Versuche der zweite Impuls noch durch die Nachwirkungen des ersten verstärkt wurde. Bei langsamerem Tempo fiel daher dieser Fehler geringer aus. Ebenso wirkte auch die Ermüdung jener Verstärkung des zweiten Impulses entgegen, am meisten bei sehr schweren Gewichten; mit wachsender Uebung verringert sich dieser Einfluss der Ermüdung mehr und mehr. Ausserdem hat die Ermüdung eine grössere Unsicherheit der Schätzung im Gefolge, die sich in einer erheblichen Zunahme der Gleichheitsfälle

kundgibt. Der durch die verschiedene Stellung der beiden Gewichte erzeugte „Raumfehler" zeigte seinen Einfluss darin, dass bei zweihändigen Reihen das von dem schwächeren linken Arme gehobene Gewicht schwerer erschien, am deutlichsten bei zunehmender Ermüdung. Bei einhändigen Reihen wurde das Gewicht der ungleichnamigen Seite, welches mit schwächer gebeugtem Arm und darum wohl ausgiebiger gehoben wird, im Allgemeinen unterschätzt. Für die Beantwortung der Frage nach der Gültigkeit des *Weber*'schen Gesetzes betrachten die Vff. ihr Versuchsmaterial nicht als ausreichend. Aus den von ihnen angeführten Zahlen würde sich ergeben, dass die relative Unterschiedsempfindlichkeit mit wachsender Schwere der Gewichte (bis zu 3221 g) stetig zunimmt, oder wenn man will, nur innerhalb recht weiter Grenzen constant bleibt. Gerade bei solchen Gewichtsversuchen spielen ja aber auch eine Menge von Fehlerquellen hinein, welche die empirische Bewährung des *Weber*'schen Gesetzes trüben müssen, wenn man auch eine psychologische Gültigkeit desselben annehmen will. Die Vff. weisen indessen darauf hin, dass aus ihrer Anschauung, nach der wir die Schwere nur aus der Geschwindigkeit der Hubbewegung schätzen, schon rein physikalisch die Constanz der relativen Unterschiedsempfindlichkeit resultiren muss, so lange wir uns bemühen, die beiden verglichenen Gewichte mit gleicher Geschwindigkeit zu heben. Wenn der Massenzuwuchs, der erforderlich ist, um an einer bestimmten Geschwindigkeit einer bewegten Masse eine bestimmte (in unserem Falle eben merkbare) Aenderung zu bewirken, bekanntlich der Grösse der bewegten Masse proportional gehen muss, so wird unter den angeführten Bedingungen der von uns gerade noch wahrgenommene Geschwindigkeitsunterschied bei verschiedener Grösse der verglichenen Gewichte eben objectiv doch immer der gleiche sein.

Ebbinghaus, E., Ueber den Grund der Abweichungen von dem *Weber*'schen Gesetze bei Lichtempfindungen. — Archiv f. d. ges. Physiologie, XLV, p. 113—133.

E. hat sich die Aufgabe gestellt, auf Grund der Resultate, welche *König* und *Brodhun* für die Unterschiedsempfindlichkeit gegenüber Lichtintensitäten bei verschiedener Wellenlänge gefunden haben, eine theoretische Erklärung der empirischen Abweichungen vom *Weber*'schen Gesetze zu geben. Aus den Versuchen der genannten Forscher, die sich über eine Intensitätsscala von 0,5—200,000 erstrecken, geht hervor, dass die Unterschiedsempfindlichkeit für Lichtstärken im Allgemeinen für alle Wellenlängen gleich ist, ihr Maximum und zugleich innerhalb ziemlich weiter Grenzen eine gewisse Constanz bei mittleren Beleuchtungsintensitäten besitzt, um sowohl bei Abnahme wie bei Zunahme der Helligkeit zuerst langsam, dann rascher wieder zu sinken. Indem er ausgeht von der Annahme photochemischer Vorgänge in der Retina, bei denen die functionelle Reizung einer rasch sich vollziehenden Dissociation der Moleküle entspricht, weist er

darauf hin, dass in jeder zersetzbaren Substanz, so lange sie äusserlich in Ruhe ist, die einzelnen Moleküle stets sehr verschiedene Festigkeitsgrade der chemischen Constitution repräsentiren. Allerdings werden dabei im Allgemeinen die mittleren Festigkeitsgrade am zahlreichsten, die Extreme in immer abnehmender Häufigkeit vertreten sein. So kommt es, dass schwache Reize, je schwächer sie sind, um so weniger wirkliche Zersetzungen bewirken, während sie die Verbindung von grösserer Festigkeit nur lockern, aber nicht zerstören. Reize von mittlerer Stärke werden einen relativ sehr bedeutenden Dissociationseffect erzielen, der durch die wachsende Intensität des Reizes nur in abnehmendem Maasse verstärkt werden kann, da die Zahl der festeren und immer festeren Verbindungen, deren Lösung stärkerer Einwirkungen bedarf, fortschreitend geringer wird. Wenn man demnach, wie das *E.* thut, das *Weber*'sche Gesetz selbst einfach als den Ausdruck der Beziehung zwischen Lichtintensität und den photochemischen Vorgängen in der Retina ansieht, so vermag man sich die Abweichungen von jenem Gesetze durch die angedeuteten Gedankengänge ganz gut zu erklären. *E.* geht noch einen Schritt weiter, indem er auf Grund der empirischen Resultate zu berechnen sucht, in welcher relativen Zahl wohl die Disgregationszustände von verschiedener Festigkeit sich in der Retina vorfinden müssten, wenn die von ihm entwickelten Vorstellungen den thatsächlichen Verhältnissen entsprächen. Das Ergebniss dieser Rechnung ist in einer Curve dargestellt, welche sehr nahezu übereinstimmt mit derjenigen, welche nach *Maxwell* die Vertheilung der verschiedenen möglichen Geschwindigkeiten an die Moleküle eines Gases darstellt. Die Beziehungen der Molekulargeschwindigkeit zu den photochemischen Vorgängen werden durch weitere theoretische Erwägungen erläutert. Es lässt sich nicht läugnen, dass diese ganze Darstellung viel Bestechendes hat, allein leider enthält sie noch allzuviel hypothetische Elemente, um mehr als ein geistreicher Einfall zu sein. Andrerseits aber lässt die von *E.* acceptirte physikalische Deutung des *Weber*'schen Gesetzes das hier liegende Problem augenscheinlich ungelöst; zum mindesten stehen wichtige experimentelle Thatsachen und namentlich die universelle Geltung jenes Gesetzes für sehr verschiedenartige Gebiete der psychischen Vorgänge mit der hier vertretenen Annahme in Widerspruch.

Die nun folgenden Arbeiten wurden auf Anregung und unter Anleitung des Ref. ausgeführt:

Ejner, Experimentelle Studien über den Zeitsinn. Diss. — Dorpat, 1889.

Dem viel untersuchten Probleme des „Zeitsinns" suchte *E.* dadurch eine neue Seite abzugewinnen, dass er den Gang unserer Zeitauffassung während längerer Perioden continuirlich registrirte. Indem er je ein gewisses grösseres Intervall ($^1/_2$—4 Minuten) zunächst einmal angab, stellte er seinen Versuchspersonen die Aufgabe, dieses Intervall 25 Mal hinter-

einander durch Taktschläge zu markiren. Durch Messung der so abgegrenzten Zeiten ergab sich dann, welche Veränderung das ursprüngliche Intervall während seiner Aufbewahrung in unserem Gedächtnisse erlitten hatte. Maassgebend war für die Beurtheilung der mittlere Schätzungswerth (oder, was auf dasselbe herauskommt, seine Differenz gegenüber dem Ausgangsintervall, der constante Fehler), da uns derselbe zeigt, welche Zeitgrösse in jeder Phase des Versuches der gegebenen Zeit gleichgeschätzt wird. Für jede Zeit wurden 20 Versuchsreihen, also 500 Einzelschätzungen ausgeführt; ausserdem wurden noch Versuche nach der gebräuchlichen Methode der mittleren Fehler, mit einmaliger Reproduction, für jedes der untersuchten Intervalle angestellt. Das erste Ergebniss der Arbeit geht dahin, dass bei einmaliger Reproduction sämmtliche Zeiten unterschätzt wurden, am meisten diejenigen von 3 und 4 Minuten. Für 2 Minuten war die Unterschätzung ein Minimum, um für noch kleinere Zeiten ($^1/_2$ und 1 Minute) wieder zu wachsen. Dagegen wurden bei mehrmaliger Reproduction nur 4 Minuten unterschätzt, alle andern Zeiten überschätzt, am wenigsten 3 Minuten, am stärksten 2 Minuten. Gerade bei 2 Minuten scheint demnach der mittlere Schätzungswerth nach beiden Methoden sein relatives Maximum zu erreichen.

Verfolgt man nun den Gang der Schätzungswerthe bei der mehrmaligen Reproduction im Einzelnen, so ergibt sich, dass ganz regelmässig nach den ersten Versuchen ein Anwachsen dieser Werthe sich einstellt, welches entweder eine rasch zunehmende Unterschätzung, oder (bei 4 Minuten) eine Abnahme der Unterschätzung im Gefolge hat. Gegen das Ende der Versuchsreihen verliert sich diese Erscheinung wieder und macht im Gegentheil einem raschen Sinken der Schätzungswerthe Platz. Nur bei der ersten der beiden in jeder Sitzung gelieferten Reihen für $^1/_2$ Minute zeigte sich eine Ausnahme, insofern hier die bedeutende Ueberschätzung bis zum Schlusse andauerte. Berücksichtigt man, dass die Versuche äusserst ermüdend waren, so erscheint es sehr nahe liegend, jene Abnahme der Schätzungswerthe als ein Ermüdungssymptom anzusprechen, zumal eben die einzige Ausnahme sich aus dem Mangel der Ermüdung wegen der kurzen Versuchsdauer recht gut erklären lässt. Umgekehrt muss dann wohl die anfängliche Steigerung der Schätzungswerthe auf die Uebung, die Anpassung an das Versuchsintervall, bezogen werden. Die Gleichartigkeit der Erscheinungen bei allen Zeiten und Versuchspersonen ist so in die Augen springend, dass an einer sehr allgemeinen Ursache derselben nicht wohl gezweifelt werden kann. In der That wird die gegebene Erklärung ausserordentlich verständlich, wenn wir annehmen, dass die Schätzung (möglichst) inhaltleerer Zeitstrecken durch das Gefühl der inneren Anstrengung vermittelt wird. Wir machen ja auch sonst die Erfahrung, dass uns die Zeit bei angestrengter Arbeit Anfangs langsam, dann bei grösserer Uebung, immer rascher vergeht, bis sie schliesslich mit wachsender Ermüdung wieder langsamer und langsamer zu verrinnen scheint.

Gerade wenn uns die gegenwärtige Zeit „lang wird", werden wir aber geneigt sein, einen relativ immer kürzeren objectiven Abschnitt dem Ausgangsintervalle gleich zu schätzen und umgekehrt.

Der mittlere variable Fehler der Zeitschätzung war bei den Versuchen mit mehrmaliger Reproduction erheblich (um $^1/_3$) grösser, als bei denen mit einmaliger Wiederholung. Seine Grösse wuchs mit Zunahme der Zeiten in der Weise, dass sich ein annähernd constantes Verhältniss zum mittleren Schätzungswerthe, nicht aber zu der Ausgangszeit, herausstellte. Das *Weber*'sche Gesetz hat also hier in dem Sinne Gültigkeit, dass der mittlere variable Fehler proportional den reproducirten Zeiten anwächst. Bei einigen mit untersuchten psychopathischen Individuen erreichte der mittlere variable Fehler relativ höhere Werthe; die mittleren Schätzungswerthe zeigten Schwankungen innerhalb recht weiter Grenzen. Endlich hat *E.* noch Zeitschätzungsversuche mit mehrmaliger Reproduction in der Weise angestellt, dass er gleichzeitig ein Metronom schlagen liess oder Rechnungen ausführte. Die so gegebene Ausfüllung der Zeitstrecken genügte, um die Schätzung wesentlich zu erleichtern; die Unterschiedsempfindlichkeit zeigte eine entschiedene Zunahme. Der mittlere Schätzungswerth wurde für alle Zeiten verkleinert, am meisten für kleine, am wenigsten für grosse Zeiten. Es hat demnach den Anschein, dass die Ausfüllung der Zeit mit einer Reihe von Eindrücken oder Vorstellungen sie relativ länger erscheinen lässt, so dass wir jetzt eine kürzere objective Strecke bereits der gegebenen gleichschätzen. Man wird dabei erinnert an jene Täuschung des Augenmaasses, welche uns (namentlich kurze) getheilte Linien länger erscheinen lässt, als gleichlange, nicht unterbrochene Strecken. Gerade diese interessante Frage, die Abhängigkeit der Zeitschätzung von der Zahl der appercipirten Vorstellungen, wäre einer weiteren experimentellen Prüfung wohl würdig und relativ leicht zugänglich.

Bertels, Versuche über die Ablenkung der Aufmerksamkeit. Diss. — Dorpat, 1889.

Verfasser macht es sich zur Aufgabe, zu untersuchen, in welcher Weise die auf einen Sinnesreiz gerichtete Aufmerksamkeit durch vorausgehende Sinnesreize beeinflusst werde. Die Aufmerksamkeit ist natürlich um so kleiner, je grösser der Reiz sein muss, um eben noch von ihr erfasst zu werden. Der Verfasser benutzt daher als Maass der jeweiligen Aufmerksamkeitsspannung den Schwellenwerth des betr. Reizes, indem er die erstere dem letzteren reciprok setzt. Da dieser Reiz somit zur Prüfung der Aufmerksamkeit dient, wird er „Prüfungsreiz" genannt, der demselben vorausgehende „Ablenkungsreiz"; beide sind kurz dauernde Lichtreize, die auf verschiedene Augen applicirt werden; der Ablenkungsreiz besitzt in allen Versuchen dieselbe Intensität, während die Zwischenzeit zwischen den beiden Reizen verändert wird.

Die Versuche wurden zuerst in der Weise angestellt, dass in einer

längeren Reihe derselben immer dasselbe Intervall wiederkehrte. Zum Vergleich wurden auch Versuchsreihen ohne Ablenkung angestellt. Das sich dabei ergebende Resultat wird durch folgende Tabelle veranschaulicht in welcher bei S. der Schwellenwerth des Lichtsinnes für das beobachtende Auge angegeben ist, wenn kein Ablenkungsreiz dem Prüfungsreiz vorauging, während bei den Versuchen mit Ablenkung die Länge des betr Intervalles in Sec. hinzugefügt ist. Als Einheit wird eine bestimmte Lichtintensität willkürlich angenommen.

S. — 0,151	5 — 0,160	3 — 0,170	2 — 0,152
9 — 0,146	$4^3/_4$ — 0,156	$2^1/_2$ — 0,161	$1^1/_2$ — 0,164
8 — 0,149	$4^1/_2$ — 0,158	$2^3/_8$ — 0,133	1 — 0,166
7 — 0,144	$4^1/_4$ — 0,162	$2^1/_4$ — 0,130	$^1/_2$ — 0,173
6 — 0,163	4 — 0,165	$2^1/_8$ — 0,155	$^1/_{10}$ — 0,178

Am grössten ist der Schwellenwerth beim kleinsten Intervall, wie man es auch von vornherein erwartet, weil hier voraussichtlich die Ablenkung am stärksten ausfallen muss; er sinkt demgemäss auch mit der Vergrösserung des Intervalles, aber merkwürdigerweise nur bis zum Intervall $2^1/_4$. abgesehen von einer unbedeutenden vorübergehenden Steigerung bei $2^1/_8$: vom Intervall $2^1/_4$ an beginnt er wieder zu steigen um dann ein zweites Minimum bei $4^3/_4$ und ein drittes bei 7 Sec. zu erreichen. Diese 3 Intervalle, bei welchen Minima der Schwellenwerthe, resp. Maxima der Aufmerksamkeit vorhanden sind, sind annähernd einfache Vielfache des kleinsten Intervalles $2^1/_4$.

Was ferner auffällt, ist der Umstand, dass bei gewissen Intervallen zwischen Ablenkungsreiz und Prüfungsreiz, namentlich bei $2^1/_4$ und $2^3/_8$ Sec., der Schwellenwerth kleiner ist, als wenn gar kein Ablenkungsreiz vorausgeht. Offenbar muss also bei der Anstellungsart der Versuche (50 Versuche hinter einander mit demselben Intervalle) der Ablenkungsreiz bei jenen Intervallen mehr als Signal, denn als Ablenkung gewirkt haben. Ebenso sind die periodisch wiederkehrenden Gipfelpunkte der Aufmerksamkeit durch Maxima der Signalwirkung zu erklären, diese wiederum wahrscheinlich durch Maxima in der Genauigkeit der Zeitschätzung bei den betr. Intervallen. Nach den Versuchen früherer Forscher nämlich kehren beim Fortschreiten von der Schätzung kleinerer bis zu der von grösseren Intervallen solche Maxima in der Genauigkeit in gleichen Abständen regelmässig wieder. Dass aber ein Signal um so wirksamer sein muss, je genauer man die vorher bekannte Zwischenzeit zwischen dem Signal und dem signalisirten Eindrucke zu reproduciren vermag, ist wohl ohne Weiteres einleuchtend.

Um nun die Signalwirkung auszuschliessen, wurden auch solche Versuche angestellt, in welchen die Grösse der Intervalle beständig wechselte: es wurden dabei die Zeiten 2, 3; 3, 5; 4, 7 u. 6 untersucht und zwar alle mit einer und derselben Intensität des Prüfungsreizes, so dass in der — auch schon vorher zur Bestimmung des Schwellenwerthes benutzten —

Methode der richtigen und falschen Fälle hier die Procentsätze richtiger Fälle bei den einzelnen Intervallen einen Maassstab für den Grad der Aufmerksamkeitsspannung abgaben. Die betr. Procentsätze waren folgende:

2,3 Sec.	3,5 Sec.	4,7 Sec.	6 Sec.
51,8 pCt.	60,6 pCt.	58,1 pCt.	52,8 pCt.

Es scheint auch hier noch ein gewisser Grad der Signalwirkung vorhanden zu sein; wäre dieselbe ausgeschlossen, so sollte man ein stetiges Sinken der ablenkenden Wirkung mit der Grösse des Intervalles erwarten, statt dessen sind am meisten richtige Fälle bei den beiden mittleren Intervallen vorhanden. Hier kann man sich die Signalwirkung etwa in der Weise erklären, dass die Versuchsperson, da sie wusste, der Prüfungsreiz werde nicht früher, als 2, 3 und nicht später als 6 Sec. nach dem Ablenkungsreiz erfolgen, unwillkürlich ihre Aufmerksamkeit am stärksten auf die Mitte zwischen den beiden Intervallen concentrirt habe, insofern ja sämmtliche Intervalle vom gemeinsamen Mittelpunkt durchschnittlich weniger weit entfernt sind, als von irgend einem anderen Punkte.

Anhangsweise theilt der Verfasser eine photometrische Bestimmung der Lichtintensität mit, welche als Schwellenwerth gefunden wurde, wenn kein Ablenkungsreiz dem Prüfungsreiz vorausging; er fasst das Resultat derselben in folgenden Worten zusammen: „Als Schwellenwerth für den Lichtsinn habe ich diejenige Helligkeit erhalten, die ein kreisrundes Stück weissen Papieres von 12 mm Durchmesser und in 21 cm Entfernung vom Auge hat, wenn es aus einer Entfernung von 1 m von $^1/_{921}$ Stearinkerzenflamme beschienen wird und etwa $^1/_2$ Secunde dem Auge sichtbar gemacht wird."

Bertels.

---

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: v. Krafft-Ebing-Wien.

Eisenhart, Welche sind die Ursachen der Ueberfüllung der öffentlichen Irrenanstalten und durch welche Mittel kann derselben abgeholfen werden? — *Friedreich*'s Blätter f. gerichtl. Med. Heft 2. 3.

Statistische Nachweise über die fortschreitende Zunahme der Aufnahmen. Sie beweist nicht an und für sich Zunahme des Irreseins. Auch die Irrenzählungen sind nicht zuverlässig. Verf. sucht dieser interessanten Frage durch Prüfung der Ursachen, welche erwiesenermaassen zu Geistesstörung führen, näher zu treten, indem er deren Bedeutung einst und jetzt untersucht. Er geht zu diesem Behuf die ganze Aetiologie der Psy-

chosen in interessanter und kritischer Weise durch. Eine geringe Zunahme der relativen Irrenzahl lässt sich erweisen, aber sie erklärt nicht die Ueberfüllung der Anstalten. Deren Ursache findet Verf. einerseits in der Vermehrung der Aufnahmen, die er auf verbesserte Diagnostik psychopathischer Zustände und Vermehrung des Vertrauens zu den modernen Anstalten begründet — andererseits in dem Missverhältniss des Abgangs aus den Anstalten zum Zugang.

Dafür macht aber Verf. in den bayrischen Anstalten verantwortlich die Verspätung der Aufnahme wegen Ueberfüllung der Anstalten, somit meist in unheilbarem Stadium.

Als Mittel der Abhülfe werden hervorgehoben: Prophylaxe des Irreseins (gute Bemerkungen), Vorsorge für rechtzeitige Aufnahme Erkrankter. Fernhaltung nicht in gewöhnliche Irrenanstalten passender Kranker (Trinker, Epileptiker, irre Verbrecher), Ausscheidung von siechen Irren und Unterbringung derselben in Versorgungshäusern, Versorgung von chronischen secundären Irren in Ackerbaucolonien. Auch die Verbreitung gründlicher psychiatrischer Kenntnisse unter den Aerzten durch Einfügung der Psychiatrie in den obligatorischen medicinischen Lehrplan wird gefordert.

Falk, Noch einmal die Ministerialverfügung vom Januar 1888, betreffend die Aufnahme in Privatirrenanstalten. — Deutsche medic. Wochenschrift No. 6.

Verf. vertheidigt seinen Standpunkt, die Forderung amtsärztlicher Atteste gegenüber seinen Widersachern, ohne wesentlich neue Gesichtspunkte zu bieten. Auch die Forderung, dass die Revision der Privatanstalten den Kreismedicinalbeamten obliegen solle, hält er aufrecht.

Discussion betreffs des Irrengesetzentwurfs im französischen Senat. — Archives de Neurologie, März.

Auf der Tagesordnung ist der § 39 des Gesetzes, welcher gesetzliche Handhaben bieten soll, dass künftig Individuen, welche wegen Geisteskrankheit zur Zeit einer strafbaren Handlung freigesprochen sind, nicht einfach sich selbst überlassen bleiben dürfen, sondern Gegenstand einer Expertise werden müssen. Diese hat festzustellen, ob sie gemeingefährlich sind und deshalb einer einstweiligen Beobachtung und Verpflegung in einer Irrenanstalt bedürfen.

Die beste Lösung der Frage wäre die Unterstellung des Freigesprochenen an die Administrativbehörde behufs Feststellung seines gegenwärtigen Geisteszustandes und seiner etwaigen Gemeingefährlichkeit.

Christian, Die Unzurechnungsfähigen vor dem Forum. — Annales d'hygiène publique. 3. Serie, Band XXI. No. 3.

Geistreiche Kritik des Buches von Dr. *Riant*, das den Titel führt „les

irresponsables devant la justice", und u. A. beklagt, dass die Unzurechnungsfähigkeit immer häufiger in den Plaidoyers zur Geltung gebracht werde. *Riant* findet, dass damit die Repressivkraft der Justiz nothleide und erklärt sich daraus die Zunahme der Verbrechen. *Christian* weist diese Behauptungen zurück, nicht minder aber die Auswüchse und zu weit gehenden Folgerungen der criminal-anthropologischen Schule.

***Tarchini Bonfanti*, Der Hypnotismus und das Criminalforum. — Archivio italiano per le malatie nervose. März.**

Wichtigkeit der Thatsachen des Hypnotismus für das Strafrecht. Die Gefahr der Begehung von Strafthaten im Hypnotismus und durch Hypnotismus ist übrigens sehr überschätzt, noch mehr die ihres Ungestraftbleibens. Verf. beweist dies in längerer Darlegung und plädirt für Anwendung und Zulassung neuerlicher Hypnose in Fällen, wo es darauf ankommt, durch Mittheilungen des Individuums in Hypnose dem Urheber und den Umständen des Verbrechens auf die Spur zu kommen. Selbstverständlich können derartige Mittheilungen in Hypnose nur den Werth von Indicien, nicht von Beweisen haben.

Bedingungen müssten sein, dass nicht der Inquirent die Hypnose vornimmt, damit er nicht, ohne es zu wollen, seine eigenen Anschauungen über den Fall, dem Hypnotisirten qua suggestion mittheilt. Die Hypnose vor Gericht darf nur ein erfahrener Arzt und nur vor Zeugen ausführen.

***Moll*, Der Hypnotismus. — Berlin (Fischer's med. Buchhandlung).**

In seinem hervorragenden Werk bespricht Verf. im VIII. Abschnitt eingehend die Beziehungen des Hypnotismus zum Forum.

An hypnotisirten Weibern sind wiederholt Sittlichkeitsverbrechen begangen worden. Dass sie nicht häufig vorkommen, erklärt sich wohl daraus, dass der Hypnotiseur sich bewusst ist, auf die Amnesie seiner Opfer nicht zuviel sich verlassen zu dürfen. Gegenüber solchen Fällen reicht § 176 und 177 des Deutsch. Strafgb. vollkommen aus, namentlich wenn die „Willenlosigkeit" des Hypnotisirten betont wird.

Bemerkenswerth ist die Ueberzeugung des Verf., dass Jemand durch geschickte Suggestion zu einem Selbstmord gebracht werden könnte. Auch könnte der hypnotische Zustand benutzt werden um Jemand zur Fertigung von Schuldscheinen, Schenkungsurkunden, Testamenten u. s. w. zu zwingen.

Von grossem Interesse sind Verbrechen, die man durch Hypnotisirte im hypnotischen Zustand oder posthypnotisch mittelst Suggestion ausführen lassen kann. Die Möglichkeit solcher ist experimentell festgestellt, aber ihre practische Bedeutung im socialen Leben ist gering. Die Gefahren sind gross für den intellectuellen Urheber des Verbrechens, selbst wenn er dem Opfer die Suggestion freien Entschluss zum Verbrechen zugleich eingab. Eine im hypnotischen Zustand (also bewusstseinsgestörten) begangene That würde nach § 51 zu beurtheilen sein.

Bezüglich strafbarer Handlungen durch posthypnotische Suggestion kommt es auf den psychischen Zustand, in welchem dieselbe zu Stande kommt, an.

Ist ein solcher derjenige neuer (Auto-) Hypnose, so hätte § 51 zu gelten, ist es ein wacher Zustand, so könnte § 52 (unwiderstehliche Gewalt) in Frage kommen.

Wichtig sind forensisch die retroactiven Hallucinationen (bzw. Suggestionen) um Zeugenaussagen zu fälschen.

Dass auch ohne Hypnose durch geschickte Suggestion und Inquisition derartige Zeugniss- und Erinnerungsfälschungen möglich sein dürften, lehren gerichtliche Erfahrungen. Die Prüfung der Verlässlichkeit bzw. Suggestibilität von Zeugen, indem man absichtlich in sie eine Antwort hinein examinirt, deren Unrichtigkeit leicht zu erweisen ist (*Bernheim*, *Forel*), hält Verf. mit Recht für äusserst wichtig.

Die Verwerthung des Hypnotismus vor Gericht, etwa um Aussagen eines Angeklagten oder Zeugen zu erpressen, ist strafprocessualisch unzulässig. Abgesehen davon wäre es kaum möglich, Jemand gegen seinen Willen zu hypnotisiren. Ueberdies behält der Hypnotische seine Individualität — er behält nach Umständen seine Geheimnisse für sich oder er lügt wie im wachen Zustande.

Die Anstellung einer neuen Hypnose zu forensischen Zwecken, um Anhaltspunkte bezüglich dessen, was in früherem hypnotischen Zustand vorgegangen ist, zu gewinnen, ist bezüglich ihrer Erlaubtheit oder Opportunität nach offene Frage. Die forensische Wichtigkeit einer zu solchem Zweck angestellten Hypnose unter Umständen betont Verf.

Behauptet Jemand ein Verbrecher durch hypnotische oder posthypnotische Suggestion geworden zu sein oder dass ein Verbrechen an ihm in solchem Zustand begangen wurde, so muss festgestellt werden, 1. dass eine Hypnose wirklich vorhanden war, 2. dass eine criminelle Suggestion in diesem Zustand gegeben wurde, 3. wer sie gab, 4. der Grad der Suggestibilität des Individuums.

Hat der Urheber der Suggestion Amnesie des Urhebers suggerirt, so gilt es in Hypnose durch bestimmte Associationen diese Schlauheit zu pariren, z. B. durch die Suggestion beim Anblick oder der Nennung des Namens des (vermuthlichen) Urhebers zu husten, lachen (*Liégois*). Eventuell könnte man auch durch Suggestion automatischen Schreibens auf den Namen kommen. Verf. ist überzeugt, dass die suggerirte Amnesie fortgesetzten neuen Suggestionen gegenüber sich nicht erhält. Bedenklich wäre es nur, wenn der Urheber die Unmöglichkeit künftiger Hypnose suggerirt hätte.

Da in Hypnose absichtlich gelogen werden kann, durch frühere Suggestionen die Aussagen beeinflusst sein können, sehr leicht die Antworten durch die Fragestellung beeinflusst werden, ergiebt sich, dass Aussagen in Hypnose nur Indicien, niemals Beweise liefern können.

Wichtig wäre die Feststellung der Bedingungen, unter welchen ge-

setzlich der Hypnotismus zulässig wäre, angesichts seiner Gefahren für die Gesellschaft.

Hier ergeben sich grosse Schwierigkeiten. Man kennt gegenwärtig Wesen und Aeusserungsweisen des Hypnotismus noch zu unvollkommen, um ihn gesetzlich in Betracht zu ziehen. Hier muss zuerst die Wissenschaft vorarbeiten. Unter allen Umständen sind schon jetzt hypnotische Schaustellungen unstatthaft und polizeilich zu hindern.

Laurent, Simulation von Geisteskrankheit während 3jähriger Haft. — Annales medicopsychol. Sept. 1888.

Verf. steht nicht an zu erklären, dass er sich im 2. Fall selbst durch 2 Jahre täuschen liess und auf die richtige Fährte erst dadurch gelangte, dass der Simulant ein Geständniss der Simulation einem Mitgefangenen ablegte, zu dessen Kenntniss Verf. gelangte. Der erste Fall ist einfach.

1. D., intelligent, aber von schlechtem Charakter und undisciplinirbar, für den Beruf des Kaufmanns erzogen, wurde mit 19 J. zur Marine gegeben, machte bis zum 24. J. grosse Reisen und betrug sich musterhaft. Heimgekehrt wurde er durch verschiedene Umstände Falschmünzer, arbeitete so geschickt, dass er etwa 500000 Frcs. in falschen 10 Francsstücken in den Verkehr brachte. 1887 verhaftet, äusserte er sofort Vergiftungsideen und weigerte Nahrung, erschien aber bald anders — incohärent, amnestisch für Namen, Alter, Herkunft etc. Als man ihm sagte, dies sei Simulation, benahm er sich eine Weile vernünftig. Als es zur Verhandlung ging, erschien er plötzlich manisch, wollte einen Genossen päderastiren. Man erkannte die Simulation. D. wurde zu lebenslänglicher Zwangsarbeit verurtheilt.

2. M., Wirthssohn, kam mit 18 J. nach Paris, erwarb sich ein Vermögen, verlor es durch eine Geliebte, welche damit durchging, gerieth auf Abwege, wurde wegen Hehlerei gestohlener Werthpapiere eingezogen. (15. August 1885.) Bald darauf wurde er schweigsam, antwortete ausweichend, weil man durch die Mauer ihn belausche, sprach Nachts mit seinem Genius, der ihm angeblich erschien. Er flehte diesen um Schutz an; Nachts schlief M. wenig, bei Tag ausgiebig. Er war reizbar, immer bereit zum Zuschlagen. Er kam auf einige Monate in die Irrenanstalt, entwich dort, brach bei der Flucht ein Bein. Nun behauptete er selbst der Genius zu sein. Er sei von ungeheurer Stärke, selbst der Tod könne ihm nichts anhaben, er werde ohne zu sterben in's Jenseits gelangen. Er sehe seine Mutter allnächtlich, die ihn der Kindschaft des grossen Genius versichere. Auf Befehl desselben that er sich ein rothes Band in's Knopfloch. Eines Nachts simulirte er geschickt einen Suicidversuch mit Aufhängen. Als man ihn ein gefärbtes Wasser als Gift präsentirte, trank er es aus. Eines Tages warf er dem Arzt einen Suppentopf an den Kopf. In die Zwangsjacke gebracht, behauptete er, nun beginne seine Marter, wie sie Christus erdulden musste. Als man Zweifel an der Echtheit der Sym-

ptome äusserte, wurde er zornig, erklärte, er sei nicht irrsinnig, aber unter Narren absichtlich gesteckt, müsse er es werden. Er verlangte immer vor Gericht, er habe alle Diebstähle in Paris begangen, deren Urheber unbekannt seien, aber der Gerichtshof scheue sich wohl die Macht des grossen Genius herauszufordern. Als er aber doch zur Verhandlung kam, bat er einen Mitgefangenen um Rath, wie er besser simuliren könne. Auf der Fahrt zur Verhandlung entkleidete er sich im Zellenwagen (es war tiefer Winter). M. wurde zu 5 J. Gefängniss verurtheilt. Schliesslich gestand er, er habe simulirt um für irrsinnig erklärt zu werden und so sein Vermögen zu retten.

Marandon de Montyel, Ueber Dissimulation von Geistesstörung. — Annales d'hygiène publique. Juni.

Ihres Vortheils wegen oder auch aus Schamgefühl dissimuliren häufig Irre ihre Krankheit. Der Nachweis derselben kann schwierig sein, ihre Verkennung, d. h. die Verwechselung der Dissimulation mit Genesung kann verhängnissvoll werden. Da wo ihr persönliches Interesse für gesund gehalten zu werden ein grosses ist, sind Irre oft höchst geschickt und beharrlich in der Durchführung ihrer Dissimulation. Dazu ist nöthig erhaltenes Urtheilsvermögen und eine gewisse Helle des Bewusstseins. Moralische und impulsive Irre, ganz besonders aber gewisse Melancholiker und Paranoiker besitzen diese Bedingungen. Unter den Fällen von impulsivem Irresein dissimuliren ganz besonders die Pyromanen. Am gewandtesten und häufigsten dissimuliren Paranoiker, in den Anfangsstadien aus Angst sich zu compromittiren, in den späteren Stadien aus Interesse gesund zu erscheinen. Verf. hält die Paranoia für eine unheilbare Psychose und kommt damit nicht in die Gefahr die Dissimulation eines solchen Kranken mit Genesung zu verwechseln. (Fortsetzung folgt.)

Riedel, L., Gerichtsarzt, Ein Fall von Mania transitoria. — ***Friedreich's*** Blätter f. gerichtl. Medicin. Heft 2.

N., 50 J., Fabrikarbeiter, klein, schwächlich, schwerhörig, von normalem Schädel, etwas gedrückten, stillen Wesens, aus gesunder Familie, seit einigen Monaten in guter Ehe lebend, nie ernsthaft krank gewesen, ohne epileptische Antecedentien, kein Trinker, nicht alkoholintolerant, nicht jähzornig, oft an Kopfweh leidend, klagte am 27. Juni 1887, einem schwülen heissen Tag, über heftiges Kopfweh, ging nach Schluss der Arbeit heim, war gereizt, warf anlässlich eines Wortwechsels mit der Frau eine Kaffeetasse an die Wand und klagte grausames Kopfweh. Die Frau ging aus. Bald darauf brannte die Wohnung des N., man sprengte die von Innen verschlossene Thür, fand die mit Petroleum begossenen Betten in Flammen, und N. an einem Waschseil am Thürkloben erhängt. Man löschte den Brand, brachte N. wieder zum Bewusstsein und in's Spital. Er kam dort in tiefem Schlafe an, schlief tief und ruhig bis zum anderen Morgen, war

erstaunt beim Erwachen im Spital zu sein und wusste von allem Vorgefallenen nicht das Mindeste. Er konnte es nicht begreifen.

Er habe am Vortag heftiges Kopfweh gehabt, sei ohne Grund ärgerlich und aufgeregt gewesen. Aus Aerger über das beständige Reden seiner Frau (theilnehmende Erkundigung nach seinem Befinden), bei seinem heftigen Kopfweh habe er im Zorn die Tasse an die Wand geworfen. Nach dem Weggang der Frau habe er sich vor Kopfweh auf's Sopha gesetzt. Was weiter geschehen bis zum Erwachen im Spital, davon wisse er nicht das Mindeste. Die Amnesie bewährte sich. Nachweis der krankhaften Bewusstlosigkeit. Einstellung der Untersuchung.

Spitzka, Die Morde in Whitechapel. — Journal of nervous and mental Disease. Vol. XIII. No. 12 (Dec. 1888).

Verf. knüpft bei Besprechung der Thaten des Lustmörders von Whitechapel an den in der Volkssage als Blaubart verewigten Marschall Gilles de Rayes an, der bekanntlich aus krankhafter Wollust bei wahrscheinlich tief gesunkener sexueller Potenz hunderte von Kindern abschlachtete. Er citirt zahlreiche anderweitige Beispiele aus der Literatur und zieht mit Recht den Wahrscheinlichkeitsschluss, dass der Unbekannte von Whitechapel eine degenerative, sexuell perverse Natur ist, bei der Mordlust die Wollust erzeugt und Mord ein Stillungsmittel für den krankhaft erregten Geschlechtstrieb bildet.

Das regelmässige Fehlen des Uterus bei den Opfern dieses Ungeheuers spricht dafür und ausserdem für die Vermuthung, dass er in Antropophagie weitere Befriedigung suchte und fand.

Pelanda, Ueber Pornopathiker. — Archivio di Psichiatria, Vol. X, Fascic. 3—4.

Verf. bietet unter diesem Titel Krankengeschichten von Exhibitionisten, die er in der Irrenanstalt zu Verona beobachtete.

1. Paralytiker, 60 J. alt. Mit 58 J. hatte er begonnen vor Frauen und Kindern zu exhibitioniren. Er war in der Anstalt noch längere Zeit lasciv und versuchte auch Fellatio.

2. Alter Potator, 66 J. Schwer belastet, an Folie circulaire leidend. Seine Exhibition wurde zum erstenmal in der Kirche beim Gottesdienst bemerkt. Sein Bruder war ebenfalls Exhibitionist.

3. 10 Jahre alter Maniacus. Schamlose Exhibition Frauen gegenüber. Nach 2jähriger Krankheitsdauer epileptische episodische Anfälle. Der Hang zu exhibitioniren blieb unverändert.

4. Mann von 49 J., belastet, Potator, von jeher sexuell sehr erregbar, ist schamloser E. im Irrenhause, sobald er eines weiblichen Wesens ansichtig wird.

5. 62 J. alter Paranoiker, schwer belastet, Onanist, hat angeblich nie cohabitirt, häufig Fellatio getrieben. Sein grösster Genuss war es gewesen,

10—14jährige Mädchen an sich zu locken und Cunni lingus und andere Scheusslichkeiten mit ihnen zu treiben. Er ejaculirte dabei unter Orgasmus. Masturbation verschaffte ihm nicht diesen Genuss und brachte nur mühsam Ejaculation zu Stande. Faute de mieux war er auch Fellator virorum, gelegentlich Exhibitionist. Schädel asymmetrisch. Phimose.

6. 45j. Mann, belastet. Schon mit 8 J. Masturbation. Vom 16. J. an sexuelle Befriedigung durch Trinken von frisch gelassenem Frauenurin! Er hatte dabei Erection, Orgasmus, Ejaculation. Während des Trinkens war seine Wollust so gross, dass er nichts roch noch schmeckte. Darnach jedesmal Ekel, Uebelbefinden und beste Vorsätze derlei künftig bleiben zu lassen.

Ein einziges Mal hatte er früher Genuss beim Trinken des Urins von einem 9jährigen Knaben, mit dem er einmal Fellatio getrieben hatte. Gelegentlich Exhibition. Häufig grosses Verlangen nach Sodomie. Pat. leidet an epileptischer Geistesstörung.

7. Priester, 40 J., stand unter der Anklage, Mädchen von 10—13 J. zu sich gelockt, entkleidet, wollüstig betastet und im Anschluss daran sich masturbirt zu haben. Pat. ist belastet, von Kindheit auf Onanist, moralisch imbecill, von jeher sexuell sehr erregbar. Schädel unter mittelgross. Sehr grosser Penis, Andeutung von Hypospadie.

8. Schuster, 64 J., hat eine 46j. Frau, 14 Kinder. Schwere Belastung. Seit Jahren Exhibitionist wegen wiederholter Bestrafungen. Rachitischer mikrocephaler Schädel.

Verf. macht auf die Häufigkeit epileptischer Anfälle bei seinen Kranken und auf die Mangelhaftigkeit ihrer Geruchswahrnehmungen bis zur Anosmie aufmerksam. Da die centrale Vertretung des Geruchs- und des Geschlechtssinnes räumlich einander nahe in der Gehirnrinde zu sein scheinen, ist diese Coincidenz von olfactorischer und sexueller Anomalie immerhin bemerkenswerth.

Roscioli und ***Grimaldi***, Gutachten über einen Mörder (Paranoia. Eifersuchtswahn). — Zeitschrift il Manicomio. V. Jahrgang. No. 1.

Am 4. Febr. 1888 ging die R. S., Nichte des F., in Begleitung von 3 Verwandten Holz sammeln. F. ging ihr mit einer Flinte nach, rief ihr zu, „wer ist der Erste, der mit dir geschlechtlichen Umfang gepflogen hat" und verwundete sie mit 2 Schüssen. F., 32 J., Sohn eines Gutsbesitzers, ist belastet, charakterologisch abnorm, hatte von jeher den Spitznamen der „Närrische". Er hielt bei keinem Berufe aus, führte abentheuerliches Leben, hasste die Weiber, die er alle für Huren erklärte, wollte vom Heirathen nichts wissen. Gleichwohl war er höchst eifersüchtig auf seine Nichte, ein höchst ehrbares Mädchen von 17 Jahren. Er hielt durch ihr vermeintlich skandalöses Leben die Familienehre für compromittirt, die weiblichen Verwandten für Kupplerinnen, bedrohte sie mit dem Tode. F. war kein Trinker. Am 4. Febr. ohne weiteren Anlass führte er seine

Drohungen aus, trieb sich dann bis zum 11. Febr. in den Wäldern herum, bis er verhaftet wurde.

Die Beobachtung ergab schwere hereditäre Belastung, eine höchst excentrische, verschrobene Persönlichkeit, ausgesprochene Wahnideen im Sinne des Eifersuchtswahns. In allen Gesten, Bewegungen, den harmlosesten Handlungen seiner Nichte hatte F. Beweise für die Begründung seiner Meinung, sie sei eine Metze und die Unehre der Familie, gefunden.

Das Gutachten sprach sich für Unzurechnungsfähigkeit auf Grund von Paranoia persecutoria mit Eifersuchtswahn aus. Keine Verurtheilung.

Mabille, Gerichtliche Fälle. — Archives de Neurologie. Januar.

1. X., 45 J., Trinker, schiesst auf offener Strasse auf einen Gerichtsdiener, weil er in einem Civilprocesse sachfällig, durch den Richterspruch finanziell ruinirt worden sei und das Gericht ihm nicht zu seinem Rechte verhelfen wolle. Er wollte durch das Attentat die Wiederaufnahme seines Processes erzwingen. X. ist einsichtslos für seine That. Die Experten finden die Zurechnungsfähigkeit vermindert. Verurtheilung zum Minimum des Strafmaasses.

2. R., ehemaliger Gefängnisswärter, sachfällig in einem Disciplinarprocess, bedrohte den Präsidenten des Gerichts mit dem Tode, wenn er ihm nicht zu seinem vermeintlichen Recht verhelfe. Der Bericht lässt keinen Zweifel darüber, dass R. ein irrsinniger Querulant ist. Weil R. kein Hereditarier und nicht mit Hallucinationen behaftet war, erklärte ihn das Gutachten gleichwohl für sehr vermindert zurechnungsfähig. Verurtheilung zum Minimum der Strafe.

3. Frau X., erblich belastet, uterin- und nervenkrank, sehr anämisch, 29 J., vom Gedanken geplagt, gleich ihrer Tante mit 29 J. irrsinnig zu werden und zu sterben, ist mehrfacher Diebstähle angeklagt. Sie stahl seit 3 Monaten Victualien, Servietten, Toilettegegenstände u. s. w. in den verschiedensten Läden, meist zur Zeit der Menses. Sie wusste hinterher nicht, dass und wo sie die Gegenstände genommen, trug sie offen davon. Nachweis schwerer hysteropathischer Nervenkrankheit. Keine Verurtheilung.

4. Frau X. bietet r. Hemiplegie mit Aphasie, Agraphie, Worttaubheit. Die Familie wünscht dass sie testire. Der Notar trug Bedenken.

Das Gutachten weist nach, dass Frau X. kein öffentliches Testament machen konnte, da sie wegen Aphasie nicht ihren Willen dictiren konnte. Ein eigenhändiges war unmöglich wegen Agraphie. Ein geheimes Testament (mystique) zu errichten, ging nicht an, weil Pat., selbst wenn sie ein solches hätte dictiren können, das Dictat wegen Worttaubheit dann nicht lesen konnte. Nach einigen Monaten wurde Pat. wieder compos sui und leistungsfähig. Sie beeilte sich nun die Verwandten zu verabschieden, welche während der Krankheit sie zur Testamentserrichtung zu ihren Gunsten zu bestimmen versucht hatten.

Laugier, Ein ungewöhnlicher Fall von Selbstmord Seitens einer Irrsinnigen. — Annales d'hygiène publique. Mai.

Frau X., 63 J., von bizarrem Charakter, wiederholt melancholisch und lebensüberdrüssig, tödtete sich mit einem Küchenmesser von 25 cm Klinge, indem sie sich 157 Wunden beibrachte. (Wunden in der Schläfe-, Handgelenksgegend, Ellenbeuge und Schenkelbeuge, Aufschlitzen des Bauchs, Stiche in den Hals u. s. w.)

Kratter, Mittheilungen aus dem forensischen Institute zu Innsbruck. — *Friedreich*'s Blätter f. gerichtl. Medicin. 40. Jahrgang. Heft 4.

I. Geistesstörungen nach Kopfverletzung mit Bemerkungen über die Beurtheilung der traumatischen Psychosen.

1. Ueberfall und schwere Körperbeschädigung im Verfolgungswahn aus Kopfverletzung.

H. geht mit einer Gesellschaft Nachmittags aus dem Wirthshaus heim, fällt plötzlich über den Sch. her, bringt ihm 4 Stiche bei, entschuldigt sich mit Nothwehr, da er hörte, wie die Anderen sich verabredeten, ihn aus der Welt zu schaffen. Die Species facti sprach zu Gunsten einer Wahnidee des H. Auch benahm er sich nach der That verrückt. Obwohl in der Voruntersuchung Beweise für seit Jahren bestehenden Verfolgungs- und Grössenwahn (Paranoia) sich ergeben, hielten die Gerichtsärzte H. für geistesgesund und einen Simulanten. In der Hauptverhandlung ergaben sich doch Bedenken gegen dieses Parere und kam es zu einer neuen gerichtsärztlichen Untersuchung.

H., 1845 geb., Knecht, erlitt 1869 schwere Kopfverletzung, war anfangs bewusstlos, durch Wochen gelähmt und der Sprache verlustig. Seither Charakteränderung, Reizbarkeit, Alkoholintoleranz. Seit Jahren Paranoia persecutoria. Schon 1884 hatte H. beim Gericht um Schutz wegen Lebensbedrohung angesucht! Auf dem rechten Seitenwandbein thalergrosse Knochenimpression. Ueber hereditäre und prätraumatische Verhältnisse wird nichts berichtet. Der Nachweis der schweren, die Selbstbestimmungsfähigkeit aufhebenden Geisteskrankheit wurde erbracht, desgleichen der der Gemeingefährlichkeit.

H. wurde nicht verurtheilt, der Gemeinde zur Unterbringung in eine Irrenanstalt zugestellt. Der Bezirkshauptmann fand, dass H. gescheidt rede und seine Abgabe in eine Anstalt eine überflüssige Geldausgabe wäre. H. machte sich bald daheim unmöglich und kam über Petition der Gemeinde bezw. Behörde endlich doch in die Anstalt.

Algeri, Epilepsia larvata, Tödtung und Verwundungen. — Rivista sperimentale di Freniatria. Band XV. Fascic. II—III.

Am 31. Mai 1888 Morgens 7 Uhr, als im Gefangenenhause von Reggio

die Häftlinge vom Spaziergang in die Werkstatt zurückgekehrt waren, versetzte der zu 15 J. verurtheilte B. dem Mitgefangenen A. mit dem Schusterkneif 2 Stiche, flüchtete dann mit dem Rufe, „sie wollen mich morden", durch die Corridore, wobei er 7 Wächter, zum Theil gefährlich verwundete, bis es gelang ihn zu entwaffnen.

B. war ein ruhiger Häftling gewesen, von musterhaftem Betragen. Ein äusseres Motiv war nicht aufzufinden. Er stammt von trunksüchtigem Vater. Mutter und Schwester litten an convulsiver Hysterie. Als junger Mensch hatte B. einen epileptischen Insult gehabt. Er lebte solid und stand im besten Leumund bis 1881. Damals beging er (offenbar in einem durch Affect und Angetrunkenheit bedingten psychischen Ausnahmszustand) einen Todtschlag und wurde zu 15 J. Gefängniss verurtheilt. Seit etwa 3 J. hatte er zeitweise einige Tage lang ein sonderbares Verhalten geboten. Sonst freundlich, gesellig und fleissig, wurde er dann still, verstört, sonderte sich ab, wollte nicht arbeiten, klagte Unwohlsein, äusserte Furcht, man wolle ihn morden und weigerte, aus Giftfurcht, dann auch wohl die Nahrung.

Am 31. Mai hatte er wieder einen solchen Zustand geboten, sich verstört abgesondert und von einem gegen ihn bestehenden Complot gefaselt. Als er die Waffe ergriff, rief er, „wer mich tödten will, der komme heran".

Entwaffnet verfiel er in Stupor, war stumm, appercipirte nicht, war schlaflos, weigerte Nahrung. Athmen und Herzaction beschleunigt. Stierer Blick, Gesichtsblässe, enge starre Pupillen. Analgesie, Anästhesie, Worttaubheit, partielle Seelenblindheit. In tiefem Stupor blieb er bis Mitte September. Episodische schreckhafte hallucinatorische Phänomene mit ängstlicher Erregung bis zu Ausbrüchen plötzlicher Gewaltthätigkeit. Am 17. Aug. epileptischer Insult mit sich anschliessendem mehrtägigen schreckhaften Delir.

Unter seltener werdenden hallucinatorischen Erscheinungen löst sich allmälig der Stupor bis Mitte November. B. hat völlige Amnesie für die Zeit der That und für die der Stuporperiode und bedauert tief das Unheil, welches er angerichtet hat. Gesichtsschädel asymmetrisch, häufig Kopfweh, Paralgien, Sensibilität wieder normal.

Das Gutachten erweist, dass B. Epileptiker ist, dass er seine That in einem epileptischen Delir beging. An dieses reihte sich ein mehrmonatlicher Stupor mit episodischen Recrudescenzen des Delirs. Keine Verurtheilung. In der Folge neuerlich Anfälle von verworrenem, schreckhaftem, hallucinatorischem, mehrtägigem Delir mit Amnesie, einmal gefolgt von Vertigoanfällen.

Lauber, Zurechnungsfähig oder nicht? — *Friedreich*'s Blätter für gerichtl. Medicin. 40. Jahrgang. Heft 4.

Hallucinatorische Verrücktheit. Eifersuchtswahn. Misshandlungen der Ehefrau. Verkennung der geistigen Störung durch Nichtfachärzte. Ein Facharzt wies die Störung nach, sprach sich für verminderte Selbst-

bestimmungsfähigkeit aus. Verurtheilung zu 1 Monat Gefängniss unter Annahme mildernder Umstände.

Villard, Ein Paralytiker als Mörder. — Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Mai.

Im Anschluss an 2 Fälle von *Marandon*, in welchen Paralytiker in der Prodromalperiode ihres Leidens Mordthaten begingen, bringt Verf. einen 3. analogen. Es handelt sich um einen 45 J. alten Mann, der anlässlich eines Besuchs bei einer Nachbarfamilie, mitten in der freundschaftlichen Unterhaltung einer grösseren Gesellschaft zwei Anwesende ohne Motiv gefährlich verwundete.

Die Expertise ergab einen Fall von schon vorgeschrittener Dem. paral. (Demenz, Grössenwahn, motorische Störungen u. s. w.). Die That fiel in den Zeitraum des sich gerade entwickelnden Grössendelirs. Ihr Motiv konnte nicht ermittelt werden.

v. Krafft-Ebing, Gerichtsärztliche Gutachten. — ***Friedreich's*** Blätter für gerichtliche Medicin. Heft 2, 3.

1. Betrug. Moralisches Irresein. Hysteroepilepsie.
2. Mordversuch. Paranoia persecutoria.
3. Eifersuchtswahn. Betrug zum Nachtheil des vermeintlichen Nebenbuhlers, aus Rache.
4. Mord- oder Selbstmordversuch? Falsche Aussage vor Gericht?
5. Gefährliche Bedrohungen. Paranoia querulans et persecutoria.
6. Betrug. Ehrenbeleidigung. Paranoia querulans.
7. Verleumdung eines Richters. Paranoia persecutoria querulans.

Tolokonnikow, A. N., Hysterisches Irresein. — Ein gerichtlich-medicinischer Fall. — Russ. Archiv für Psych. Bd. 13. H. 1 u. 2.

Den 5. December 1885 gegen 6 Uhr Abends kam die unverheirathete Praskosia Tschudowa zu ihrer Tante, der verwittweten Anna Tschudowa, um von ihr Geld zu leihen, was ihr abgeschlagen wurde, hierauf bat sie für sich und ihre Kinder um Lebensmittel, namentlich Mehl, dies wurde ihr versprochen und sie begab sich nach Hause um einen Sack zu holen. Zurückgekommen gab ihr die Tante das Mehl und begab sich in eine Ecke des Zimmers, Praskosia trat zu ihr und sagte: „Du quälst mich schon lange, gieb mir 50 Rb. oder wenigstens 3 Rb.", und als die Tante es wieder abschlug, brachte sie derselben mit einem Messer mehrere Wunden im Gesicht, Hals und Unterleib bei, hierauf stürzte sie mit dem Messer in der Hand auf die Strasse, wo sie angehalten wurde, da das Schreien der Tante Leute herbeigeführt hatte. Der Dorfnachtwächter, welcher sie angehalten, führte sie nach dem Hause der Tante, welche vor demselben

in ihrem Blute lag. Auf die Frage, „was hast Du gethan?“ Erwiderte sie ruhig: „Du siehst es ja, ich habe sie gemordet. Warum? Weil sie mir die 3000 Rb. nicht geben wollte, die ich ihr zum Aufheben gegeben.“

Beim ersten Verhör gestand sie den Mord ausgeführt zu haben, weil die Tante ihr von den zum Aufheben gegebenen 3000 Rb. nichts habe geben wollen; einige Tage später widerrief sie diese Aussage, der Tante Geld zum Aufheben gegeben zu haben, und sagte, sie wisse dass sie die Tante gemordet, aber nicht warum sie es gethan, es sei mit einem Male so über sie gekommen, dass sie es thun müsse, und da sei es auch geschehen.

Da sowohl der bei der ersten Untersuchung anwesende Arzt, wie auch der Gefängnissarzt, welcher die Praskosia während eines Monates beobachtet hatte, zu keinem endgültigen Resultate gekommen, bei der Gerichtsverhandlung im Jaroslawer Kreisgericht am 17. Febr. 1886 aber Zweifel über den normalen Geisteszustand der Inculpatin auftraten, wurde sie der Irrenabtheilung in Jaroslaw zu einer dreimonatlichen Untersuchung übergeben. Hier ergab sich folgendes:

Der Vater der Inculpatin war Trinker und starb in Folge von Lungentuberculose; die Mutter litt früher häufig an Nervenanfälle, welche sie erst im Alter verlassen; eine Schwester war zänkisch, heftig und aufbrausend und litt im 18. Lebensjahre an einer temporären halbseitigen Lähmung. Inculpatin selbst war in ihrer Jugend eigensinnig, hinterlistig und sehr reizbar und litt oft an besonderen Anfällen, mit Schreien und Krämpfen verbunden, welche einige Stunden ja Tage dauerten.

Inculpatin, 37 J. alt, von schwächlicher Körperconstitution, im hohen Grade anämisch, ausser einer Retroflexio uteri keine somatischen Veränderungen. Die Gefühlssphäre bietet folgende Anomalien: allgemeine Hyperästhesie und Hyperalgesie, überwiegend aber die linke Körperhälfte, bedeutende Schmerzhaftigkeit der unteren Brustwirbel und unteren Intercostalräume; Kopfschmerzen, Herzklopfen, Neuralgien verschiedener Körpertheile, Globus hystericus und heftige Präcordialangst.

Alle diese Erscheinungen traten temporär auf, wechselten mit einander ab und gaben das Bild der „reizbaren Schwäche“, in klinischer Beziehung das Bild einer hysterischen Psychose. Das Gericht erkannte auf Unzurechnungsfähigkeit und übergab Inculpatin der Irrenanstalt in Jaroslaw und nach Jahresfrist hatte sich wohl der somatische Zustand gebessert, geistig jedoch verfiel sie dem Blödsinn mit Krampfanfällen. *A. v. Rothe.*

Greidenberg, Gerichtlich-psychiatrische Beobachtungen. — Wjestnik Psychiatrii. B. VI. H. 2.

1. Pathologische Heredität (Mutter Kindesmörderin), psychophysische Degeneration der Constitution. Epileptischer Schwindel mit partieller Amnesie. Wiederholte Diebstähle und Desertation.

Ein junger Soldat P. wurde wegen wiederholter Diebstähle und Desertation von dem Regimentsgericht zu körperlicher Strafe verurtheilt, gegen welche der Regimentsarzt Einsprache erhob, da P. nervenleidend sei. Um dieses Leiden zu constatiren, wurde P. zuerst dem Regimentslazareth und später der Sympheropol'schen Irrenanstalt zur Untersuchung übergeben. In der letzteren stellte sich während einer viermonatlichen Untersuchung heraus, dass P. hereditär belastet, die Mutter Kindesmörderin, ausserdem psycho-physische Degeneration der Constitution, häufige Kopfschmerzen mit theilweiser Amnesie, Geistesumnebelung und deutlich auftretender epileptischer Schwindel von einigen Stunden bis zu einigen Tagen Dauer. Auf Grund dessen erkannte das Kreisgericht (civil) den P. für schwachsinnig und unzurechnungsfähig, musste aber der Inculpat, Militär, sein Urtheil der Commission des Militärhospitals und dem Kriegsgerichte übermitteln. Die Commission ging darauf ein und erklärte den P. nicht nur für unzurechnungsfähig, sondern auch untauglich zum weiteren Militärdienst. Die Militärgericht jedoch, sich streng und buchstäblich an den § 95 des Strafgesetzes haltend, welcher nur von Verrücktheit, Blödsinn, temporärer Bewusstlosigkeit mit vollständigem Verlust der Einsicht der strafbaren Handlung spricht, hielt das Urtheil des Regimentsgerichtes aufrecht und drang auf Vollstreckung desselben, verminderte aber in Rücksicht des krankhaften Zustandes des P. die körperliche Strafe in vierwöchentlichen verschärften Arrest bei Wasser und Brod und Ueberführung des P. auf $2^1/_2$ Jahr in die Strafcompagnie.

Hiermit wurde P. der weiteren Beobachtung Dr. *Greidenberg*'s entzogen, privatim jedoch brachte er in Erfahrung, dass P. die oben angeführten Vergehen wiederholte, abermals dem Gerichte übergeben und zu körperlicher Strafe verurtheilt wurde.

II. Degenerative psycho-physische Constitution. Psychische Epilepsie. Desertation und Verkaufen von Staatseigenthum.

Der älteste Feuerwerker B. der Jagdabtheilung der Artilleriebrigade N. wurde angeklagt, ohne Erlaubniss seiner Vorgesetzten mit seinen Untergebenen auf die Jagd gegangen zu sein und dann seine Leute verlassen zu haben. Seine freiwillige Entfernung von der Brigade (Desertation) dauerte über einen Monat, bis er von der Polizei als passlos verhaftet und seiner Behörde übergeben wurde. Während dieser Zeit hatte er von dem ihm anvertrauten Kroneigenthum ein Gewehr, Patrontasche, 2 Messer, Pulver und Blei im Werthe von 21 R. 57 Kop. verkauft, also entwendet. Während der gerichtlichen Untersuchung erhoben sich Zweifel über seinen normalen Geisteszustand, in Folge deren er der Sympheropoler Irrenanstalt zur Untersuchung übergeben wurde. Hier ergab sich nun während seines achtmonatlichen Aufenthaltes Folgendes. Von Kindheit an litt B. oft an Kopfschmerzen, wegen welcher er sogar den Schulunterricht unterbrechen

musste, zur Zeit der Pubertät wurden diese Kopfschmerzen häufiger und länger andauernd, oft verliess er das Haus und trieb sich tagelang umher, deshalb war er ein schlechter Feldarbeiter und wurde anstatt eines jüngeren Bruders zum Militär gegeben, da er Lesen und Schreiben konnte und anstellig war, wurde er bald Feuerwerker. Auf der von ihm angeordneten Jagd blieb er aus Mattigkeit zurück, legte sich und schlief ein, nach dem Erwachen konnte er die Seinen nicht finden und bemerkte er den Verlust von 40 Kop. Krongeld, dieser Verlust erschreckte ihn so, dass er oben angeführte Sachen dem ersten Besten für jeden Preis verkaufte, um das Geld zu ersetzen, als es ihm aber endlich zum Bewusstsein kam, dass er ohne diese Sachen nicht zu seiner Brigade zurückkönne, begab er sich in die nächste Stadt, um dort Arbeit zu suchen, die er auch bei einem Müller fand und wo er später verhaftet wurde. Während dieser ganzen Zeit blieb er in seiner Militäruniform. In der Anstalt wurden von Zeit zu Zeit Anfälle beobachtet, die mit Kopfschmerzen anfingen und zu denen sich Ohrensausen, Hallucinationen, Schlaflosigkeit, zweckloses Umhergehen und ein depressiver oder exaltirter Zustand gesellte, während solcher Zeiten, die von einigen Stunden bis zu 13 Tagen andauerten, war der Puls 58—114 in der Minute, sonst gewöhnlich 102, die Temperatur von 36,5—37,9.

Von diesen Zuständen hatte er nie eine Erinnerung.

Während des Gebrauches von Brompräparaten, 1 Dr. pro die, in einer Zeit von drei Monaten, blieben diese Anfälle vollständig aus, traten aber sofort beim Aussetzen des Broms wieder ein. Auf Grund dieser Beobachtungen schloss *Greidenberg*, dass B. an psychischer Epilepsie leide und dass seine strafbare Handlung während eines solchen Zustandes ausgeübt worden sei.

Das Militärgericht nahm diese Erklärung nur theilweise an, sein Verlassen der Brigade wurde ihm nicht angerechnet, das Verkaufen der Kronsachen jedoch mit zwei Wochen Arrest bestraft.

A. v. Rothe.

Westeneng und ***Tellegen***, Fall von Brandstiftung. — Psychiatr. Bladen VI. 2.

Fall von Brandstiftung durch einen notorisch Schwachsinnigen, der sich im Affect für ein früher von derselben Person erlittenes Unrecht rächt.

Kurella.

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und Therapie. Ref.: Schüle-Illenau.

Allgemeine Pathologie.

Garnier, P., Aphasie und Irresein. — Arch. génér. Févr.

Verf. lenkt zunächst die Aufmerksamkeit auf jene funetionellen (d. h. Neuro-Psychosen, in denen intellectuelle resp. formale Sprachstörungen vorkommen als psychische Folgezustände bestimmter intellectueller Defecte oder Anomalien. Hierher gehören die bekannten Sprach-Tic's gewisser Hereditarier, das zwangsweise Einschieben einzelner sinnloser oder cynischer oder blasphemischer Worte und Satzfragmente, oder gegentheils die zwangsweise Hemmung bestimmter Ausdrücke, das Vermeiden gewisser Worte aus Angst oder hallucinatorischem Verbot. Daran schliesst sich die Besprechung der Sprachstörungen in der chronischen Manie (der Ideenflucht mit Verwirrtheit) und der damit verwandten Paraphasie in der chronischen Paranoia. Die psychologische Differenz beider letztgenannter Zustände findet Verf. in dem Momente, dass dort die Ideation selbst gestört ist, hier dagegen die logische Association von an sich klaren Vorstellungen und deren Verbal d. h. deren Verbindung mit dem zugehörigen Wortbild. Hier, bei der paranoischen Paraphasie, besteht somit eine Incommodation idée-verbale. Die Prognostik beider Zustände, deren klinische Erscheinungsformen ein gleiche ist, gestaltet sich, entsprechend dem verschiedenen Wesen beider auch sehr verschieden. — Den Schluss der Abhandlung bildet ein Excurs über Wortblindheit und Worttaubheit (mit einem casuistischen Beitrag) und die Schilderung einer Paranoia mit Verfolgungswahn, bei der sich im Verlauf ein apoplectiformer Anfall mit nachfolgender Worttaub- und -Blindheit einstellte. Der in extenso erzählte Fall ist bezüglich des letzterwähnten Symptoms dadurch sehr interessant, dass sich der delirante paranoische Grundzug (der Verfolgungscharakter) auch im Inhalt und Form der incongruenten Sprachäusserungen und der „wortblinden" Antworten forterhielt.

Séglas, J. et *Bezançon, P.*, Die antagonistischen Vorstellungen bei Geisteskranken. — Ann. méd. psych. Jan.

Die Verf. untersuchen die Fälle von contradictorisch auftretenden Gedankenrichtungen oder Hallucinationen im Irresein, von gleichzeitig vorhandenen oder sich ablösenden „bösen" und „guten" Stimmen, von „lebensfeindlichem" Drängen und wiederum von „erhaltenden" Gedanken und Wollungen, die sich jenen entgegensetzen. Dieses psychopathologische Phänomen kommt vorzugsweise in der Paranoia (Verfolgungswahn) und in gewissen Fällen von Melancholie vor. Die Bedeutung desselben, d. h. der antagonistischen Ideenkreise — in der Paranoia unter der Form des „Angriffs" und andererseits der „Vertheidigung"; in der Melancholie als sich bekämpfende „gute" und „böse" Gedanken — ist für die Weiterentwicke-

lung der Grundkrankheit eine verschiedene. Beim Verfolgungswahnsinnigen wird durch das genannte Symptom meist nur eine Erweiterung des kranken Ich's bewirkt, beim Melancholischen aber ebenso leicht eine Spaltung der Persönlichkeit (dédoublement de la personnalité) herbeigeführt, gewöhnlich unter der Form der Dämonomanie. Diese letztere Gefährdung ist namentlich dann gegeben, wenn der antagonistische Ideenkreis unter der Form einer wirklichen psychischen Hallucination, als „innere Stimme" auftritt, ausgestattet mit motorischer Kraft. (Die Verf. hätten hier auch den wichtigen Factor der Neuralgien, die jene Gedankenkreise begleiten, ja sogar oft direct erzeugen und die psychomotorischen Reflexe auslösen, erwähnen und in die Pathogenese einbeziehen dürfen. Ref.) Die einfach dialogisirten Hallucinationen und das Gedanken-Echo bedingen noch keine Spaltung der Persönlichkeit. Die Grössenideen, die sich an Verfolgungsdelirien anschliessen, haben in gewissen Fällen zweifellos den Charakter der Compensation, und erzeugen sich wohl auf diesem psychologischen Wege der inneren Verwandtschaft. Für gewöhnlich aber besteht keine Verwandtschaftsbeziehung und keine Causalität zwischen den beiden deliranten Vorstellungsreihen. Vielleicht spielt der Grad und der mehr oder minder angenehme Inhalt des mitbegleitenden psychischen Erregungszustandes eine Rolle in der Genese von später einrückenden Grössenideen. Forens wichtig kann die Gegenwart letzterer werden, insofern sie die möglicherweise gemeinschädliche Wirkung der „feindseligen" Wahnvorstellungen ausgleicht beziehungsweise hemmt.

Wagner, J., Ueber einige Erscheinungen im Bereiche des Centralnervensystems, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden. — Jahrb. f. Psych. Bd. VIII.

Eingehende Schilderung der nach vereitelten Strangulationsversuchen zu Tage tretenden Convulsionen und speciell der Amnesie. Letztere hat die Form der sog. Amnesie retroactive, d. h. sie erstreckt sich nicht allein auf die Zeit unmittelbar vor der That, sondern auch mehr oder weniger weit rückwärts. Einige interessante Beispiele über Besserungen (vorübergehende und bleibende) des psychischen Befindens nach Strangulationsversuchen sind angeschlossen. Bewährt ist der am Schluss der Arbeit gegebene Rath: wiederbelebte Erhängte, die noch rechtzeitig abgeschnitten wurden, nicht zu früh aus der Beobachtung zu entlassen, sondern noch längere Zeit unter sorgfältiger Beobachtung zu halten.

Meyer, Ludwig, Ueber Intentionspsychosen. — Archiv f. Psych. 1889, H. 1.

Psychische Erschütterungen sind von bestimmendem Einfluss auf die im Augenblick vorhandenen Empfindungen, Vorstellungen und Willensrichtungen. Gestaltet sich der gesammte Vorgang unter pathologischen Verhältnissen zu einem krankhaften, so kann die Anregung zu ihm sowohl

von der oft völlig accidentell angeregten Vorstellung oder Handlungsintention, wie von der ursprünglich krankhaften Sensation ausgehen. Dies charakterisirt eine Gruppe von Krankheitsbildern, die Verf. unter der Bezeichnung „Intentionspsychose" zusammenfasst, weil die krankhaft gesteigerte Aufmerksamkeit (Intention) auf eine gerade vorhandene Wahrnehmung dem Beobachter wie dem Patienten selbst zunächst am meisten auffällt. Auch die Aehnlichkeit gewisser typischer Fälle mit dem „Intentionstremor" und die Betheiligung der motorischen Seite des Seelenlebens lassen die Bezeichnung als glücklich gewählt erscheinen. In dem ersten der erzählten Krankheitsfälle standen die motorischen Beziehungen so im Vordergrunde, dass er als eine besondere Art des Intentionszitterns aufgefasst worden war. Er betraf einen jungen Juristen aus gesunder Familie, der früher kurze Zeit melancholisch gewesen war und dessen jetzige Erkrankung begann, als er unerwartet das Protocoll einer Gerichtsverhandlung zu übernehmen hatte. Er wurde ängstlich, wie von einem Schwindel ergriffen und glaubte Unsinn zu schreiben. Der gleiche Zustand stellte sich beim nächsten Male ein, diesmal von Zittern der rechten Hand begleitet und wiederholte sich in der Folge in der Stärke, dass Pat. unfähig wurde, in Gegenwart Anderer zu schreiben. Der weitere Verlauf ist nicht bekannt.

In einem anderen Falle gesellte sich zu Anfällen leichter Präcordialangst, deretwegen der Pat. lange Spaziergänge machen sollte, als er auf einer Höhe ausruhte, die Vorstellung hinabzustürzen, später der Trieb dazu. In einem dritten entwickelte sich aus einer bei einer Alpentour auftauchenden Zwangsvorstellung, sich den steilen Weg wieder herunter gleiten zu lassen, beim Wiederbetreten dieser Wegstelle die Empfindung, nicht darüber hin gehen zu können und weiterhin typische Platzangst, die den Pat. schliesslich fast unfähig machte, über Plätze und breite Strassen zu gehen. Bei einem nervös gewordenen Kaufmann wurde das nach einer schlechten Nacht beim Anblick des Brodmessers auftauchende sonderbare Unbehagen zu der Zwangsvorstellung, seinem Kinde damit den Hals abzuschneiden, ein Trieb, der später auch allein durch den Anblick des Kindes hervorgerufen wurde.

Bei den Erregungszuständen Schwachsinniger, die bei Wiederholungen gern eine gewisse Gleichförmigkeit der Ideen und Handlungen annehmen, lässt sich unter günstigen Umständen das die Richtung des Anfalls bestimmende Accidens feststellen, so war bei einem Idioten mit Erregungsanfällen, die als epileptische gedeutet wurden, der Anblick fallenden Geschirrs kurz vor dem ersten Anfall Ursache für den in jedem späteren Anfall auftretenden Trieb, Geschirr zu zerbrechen. Schwierig und meist unmöglich ist die Eruirung des Accidentellen bei Intentionspsychosen mit sexuellen Symptomen, indessen macht es sich nach dem Verf. gerade bei sog. sexuellen Psychosen unverhältnissmässig häufig und deutlich geltend. Verf. giebt hierfür einige Beispiele, in denen der Impetus sexualis in der Form seiner Entäusserung lediglich dem Gesetze der Intention folgte. In

einem dieser Fälle knüpfte sich bei einem Lehrer an die anfangs erschreckende Bemerkung, dass ihn beim Uriniren spielende Kinder gesehen haben könnten, sogleich der Trieb, ihnen die Genitalien zu zeigen und diese Schaustellungen zu wiederholen, sobald er auf seinen Spaziergängen Kinder bemerkte.

Diese Bezeichnung „Intentionspsychosen" möchte Verf. indessen nur auf „jenes scheinbar räthselhafte Auftreten perverser psychischer Vorgänge" beschränkt wissen, deren Träger nicht als im landläufigen Sinne geisteskrank anzusehen sind. Derartige perverse Anfälle, nur weil sie mit dem sog. Charakter des Trägers in Widerspruch stehen, in das Pathologische zu verweisen, wie es vielfach forensisch geschehe, sei nicht statthaft. Unter dem geordneten Denken bewege sich normaler Weise ein Unterstrom besonderer Empfindungen und Impulse; deren Aufsteigen zu unterdrücken nicht selten erhebliche Anstrengung erfordert. Die Analogie dessen und der Intentionspsychosen sei oft bis zur Identität nahe.

Matusch (Sachsenberg).

Deventer, van, Herzkrankheiten bei Geisteskranken. — Psychiatr. Bladen VI. 1.

Eine grössere Zahl kurzer, sehr interessanter casuistischer Mittheilungen, die zeigen, wie Herzkrankheiten in der verschiedensten Weise den Verlauf von Psychosen beeinflussen können, besonders auch das Material an Parästhesien, aus dem Wahnsysteme entwickelt werden, oder indem Herzgeräusche zu Illusionen oder Hallucinationen des Gehörs Anstoss geben.

Kurella.

Köppen, Max, Ueber Albuminurie und Propeptonurie bei Psychosen. — Archiv für Psych. 1889. S. 825.

Das regelmässige Vorkommen von Eiweiss im Urin bei Delirium acutum gab dem Verf. Anlass, auch in Fällen acuter Manie, deren Symptome zu Zeiten denen des Del. acutum sehr ähnlich sind, Urinuntersuchungen auf Eiweiss vorzunehmen und weiterhin in Fällen von Psychosen, die mit Erregungszuständen verbunden waren. Es sind so im Ganzen 80 Fälle untersucht, deren Resultate in jedem einzelnen sorgfältig angegeben sind, untersucht wurde in der Weise, dass der spontan entleerte Urin filtrirt, gekocht, zu $^1/_4$—$^1/_2$ seiner Menge mit Salpetersäure versetzt und 24 Stunden stehen gelassen wurde; hierbei bildet sich zuweilen erst nach dem Erkalten und nach längerem Stehen ein Niederschlag, der sich durch seine charakterischen Reactionen als Propepton kennzeichnet. Eiweiss fand sich nur in 28 Fällen nicht, positive Ergebnisse wiesen von 14 Fällen von Del. acut. 11 auf, von 23 Manien 19, von 6 Fällen von Verwirrtheit 5, von 3 Fällen von Verrücktheit 1, von 10 Melancholien 5, von 14 Fällen von

Dem. paralytica 5, ferner 1 Fall von Delirium tremens, dagegen ergaben alle untersuchten Fälle von Hysterie resp. hysterischem Delirium kein Eiweiss. Mit Recht betont Verf., dass nicht diese Zahlenverhältnisse von Werth sind, sondern der Vergleich der positiven Fälle unter einander. Es lag nahe, in der Concentration des Urins, die in Erregungszuständen natürlich ist, die Ursache des Eiweissgehaltes zu suchen, wo nicht Complication durch Herzerkrankung, Tuberculose etc. zur Erklärung heranzuziehen waren. und das hohe specifische Gewicht des Urins schien dafür zu sprechen, aber Eiweissgehalt und Gewicht standen nicht immer in constantem Verhältniss und in 6 Fällen war bei hohem spec. Gewicht kein Eiweissgehalt vorhanden. Es hat daher eher den Anschein als ob beides, hohes Gewicht und Eiweiss Folgen eines dritten seien. In der starken Muskelbewegung konnte die Ursache nicht gesucht werden, weil sich Eiweiss in Fällen „stiller" Manie und acuten Deliriums fand, wo heftige Bewegungen nicht bestanden hatten. Dass fremde Beimischungen zum Urin, wie Vaginalsecret und Menses, vermieden wurden, bedarf nicht der Erwähnung. Die gemeinsamen Eigenthümlichkeiten des psychischen Verhaltens in den positiven Fällen scheinen zur Lösung der Frage zu verhelfen. Es fand sich in den Fällen das meiste Eiweiss und zu der Zeit das meiste, wo Delirium bestand oder sich die Erregungszustände dem Charakter des Deliriums näherten, vorzugsweise demnach bei Delirium acutum, Delirium trem., acuter Manie und Epilepsie. In chronischen Fällen wurde Zu- und Abnahme des Eiweissgehaltes zugleich mit den Phasen der Erregungszustände beobachtet, doch verwischt sich der Zusammenhang bei längerem Bestehen der Krankheit. Der Eiweissgehalt kann in einzelnen Formen verschwinden, obgleich der psychische Zustand fortbesteht, gleichsam als ob sich der Körper an die cerebralen Einflüsse gewöhnt, die zur Albuminurie führen. In Uebereinstimmung damit kann bei Rückfällen das Eiweiss fehlen. Meist scheint eine gewisse Zeit des Bestehens der Psychose nothwendig zu sein, bis es zur Ausscheidung von Eiweiss kommt und diese kann auch zur Zeit einer kurzen Remission der Psychose bestehen bleiben, weil die pathologische Beeinflussung der Niere nachwirkt. Die negativen Resultate — nicht alle 28, denn eine Reihe von ihnen bestätigen den vom Verf. aufgestellten Satz, dass nur bei deliriösen Zuständen Albuminurie vorkommt, resp. auf deren Höhe — würden nur zu dem Schlusse berechtigen, dass zuweilen jener Einfluss des Gehirns auf die Nieren ausbleibt.

Die wenigen Fälle von Epilepsie genügen, wie Verf. bemerkt, nicht, um an ihnen ein Urtheil darüber zu gewinnen, ob sich überhaupt nach dem Anfalle Eiweiss im Urin findet. Ebensowenig können sie ein Unterscheidungsmittel zwischen epileptischen und hysterischen Anfällen liefern.

Das Verhältniss des Propeptons zum Albumen stellt sich nach den Untersuchungen des Verf. verschieden dar: in einzelnen Fällen wurde anfangs Propeptonurie, denn eine gewöhnliche Albuminurie oder beides zusammen, schliesslich wieder eine Peptonurie nachgewiesen. Die Stadien

entschiedensten Deliriumcharakters fielen mit der Ausscheidung von gewöhnlichem Eiweiss zusammen, Propepton trat bei langsamer Einleitung und Abnahme des Deliriums auf, so dass Propeptonurie als das erste Anzeichen einer pathologischen Beeinflussung der Nieren durch das Gehirn angesehen werden muss. Aber auch plötzliches Uebergehen eiweisshaltigen Urins in eiweissfreien kam vor, bei dem sich vor dem Eiweiss Propepton gezeigt hatte.

Die Erklärung dieser Beeinflussung ist Verf. geneigt in einem collapsähnlichen Zustand zu suchen, in dem sich das Blut in den Körpervenen anhäuft und den Blutstrom in den Nieren verlangsamt. Für die Vermuthung, dass eine Hirndruckerscheinung vorliege, ergab die Untersuchung bei Fällen von Hirntumor keine sicheren Stützpunkte.

Umgekehrt kann die Niere das Gehirn beeinflussen, chronische Nephritis kann einen Stuporzustand hervorrufen, wie eine Psychose mit Stupor Albuminurie, und in einer dritten Gruppe von Fällen ist der Eiweissbefund ein Zeichen für einen körperlichen Zustand, der das Gehirn wie die Niere beschädigt, z. B. in Fällen von Arteriosklerose.

Am Schlusse bespricht Verf. die noch ungewisse Herkunft des Propeptons im Urin und betont den diagnostischen Werth der Albuminurie sowohl für die Erkennung der häufigen körperlichen Störungen, die zu Psychose führen können, als für Unterscheidung zwischen Simulation und Geistesstörung. *Matusch.*

***Rivano*, Acetonurie bei Geisteskranken. — Annali di Freniatria I. Heft 2.**

R. hat 91 Fälle von Geistesstörung auf das Vorkommen von Aceton im Urin untersucht und diese Substanz in 37 Fällen gefunden, am häufigsten bei Paralyse, demnächst bei Melancholie; bei Epileptikern fanden sich positive Resultate nur in dem kurz nach Anfällen gelassenen Urin.

Kurella.

***Tanzi*, Thermoelektrische Untersuchungen über das Verhalten der Hirnrinde in Affecten. — Rivista sperimentale XIV. 3 und 4.**

Die Versuche wurden an mit Morphium narcotisirten Hunden gemacht, in einem Stadium der Narcose, das „in glücklichster Weise die Analgesie und die Gelehrigkeit des Lethargischen mit der Helligkeit des Wachens vereinigte". Die Temperaturschwankungen der Hirnrinde wurden thermoelektrisch gemessen, der resultirende Strom an einem Spiegelgalvanometer registrirt; die Thermosäule wurde durch das Trepanloch der Hirnrinde genähert, in einzelnen Versuchen konnte statt dieses Elements ein der Lumbaranschwellung des Rückenmarks anliegendes Thermoelement in den Galvanometerkreis eingeschaltet werden, in einer anderen Reihe wurden gleichzeitig die Volumschwankungen des Schädelinhalts gemessen. Als Reize dienten

heftige Geräusche, stark riechende Substanzen, Vorhalten von Objecten, die das Thier in normalem Zustande zu erregen pflegten, faradische Nervenreize etc. Jede Reizung veranlasst für mehrere Minuten eine Reihe regellos aufeinander folgender Temperaturzu- und Abnahmen, in den Grenzen von 2—6 Centigraden.

T. sucht zu beweisen, dass diese Thatsachen emotiven Zuständen entsprechen, die jeden stärkeren Reiz begleiten, nicht der blossen Sensation, der Empfindung der Reize.

T. schliesst, dass Affecte und verwandte Processe Aenderungen der Thermogenese, von oscillatorischem Charakter, in der Hirnrinde hervorrufen, die vom arteriellen Rhythmus unabhänging sind, einem Complex synthetischer und desintegrirender Processe in der Rinde entsprechen, und die Zusammensetzung affectiver Processe aus schnell wechselnden Elementen der Erregung und Ruhe, damit auch die Aequivalenz psychischer und thermischer Energie beweisen. *Kurella.*

***Guicciardi* und *Petrazzani*, Die Localisation thermo-regulatorischer Centren in den Streifenhügeln. — Rivista sperimentale XIII. 4.**

Eine 70jährige, seit 2 Jahren an Pellagrapsychose leidende Frau stirbt 24 Tage nach einer apoplectischen Attacke mit rechtsseitiger Hemiplegie. Die Temperatur schwankt, im Rectum gemessen, in den letzten Lebenstagen zwischen 37,5 und 38,3. Die rechte Körperhälfte war andauernd wärmer als die linke, ein Thermometer von Immisch ergab an correspondirenden Stellen Differenzen von 0,8—2,3°. Die Section ergab eine hämorrhagische Cyste von Linsengrösse in der Substanz des linken Nucleus caudatus, etwa $1^1/_2$ mm von der Capsula interna, diese erscheint normal.

Die Verfasser beziehen die Temperaturdifferenz auf ein von *Sawadowskij* nachgewiesenes thermo-vasomotorisches Centrum im Corpus striatum.

Kurella.

***Faldella*, Paramyoclonus multiplex. — Rivista sperimentale XIV. 3 und 4.**

Der von *F.* berichtete Fall dieser neuerdings so häufig beschriebenen Affection, bietet wenig neues, abgesehen von der Existenz mehrerer Schmerzpunkte an den Rückenwirbeln, und einigen psychischen Eigenthümlichkeiten, die den Patienten als hysterisch charakterisiren.

F. stellt den P. m. in eine Reihe mit anderen, der Hysterie angehörigen Krampfformen, dem Latah, Myriarhit etc., mit dieser Verlegung der Entstehungsursache in psychomotorische Regionen ist es freilich schwer vereinbar, dass er schliesslich doch eine Neurose der Rückenmarksvorderhörner annimmt.

Kurella.

Jakowenko, W., Zur Localisationsfrage der Chorea. Aus dem Laboratorium des Prof. *Flechsig*. — Russ. Wjestnik Psych. B. VI. H. 2.

Verfasser begründet seine Ansicht durch die genaue Untersuchung von 6 Gehirnen solcher Personen, die an Delir. acut. und Chorea gravis gelitten, und Controlluntersuchungen von Gehirnen solcher Personen, die an Del. acut. sine Chorea und weder an Del. acut. noch Chorea überhaupt gelitten. In allen Fällen von Delirium acut. ohne Chorea fand er an Schnitten durch den Linsenkern in der Region des zweiten Gliedes, namentlich im vorderen Theile desselben, eine bedeutende Ansammlung eigenthümlicher Körperchen von verschiedener Form und Grösse, deren Centrum durch Hämatoxylin intensiv gehärtet wurde, an der Peripherie aber einen schmalen hellen Rand zeigten. Diese Körperchen fanden sich vorzüglich in der Nähe der Gefässe, häufig an den Wänden der Capillaren und perivasculären Lymphräumen, doch werden sie auch in grösseren Entfernungen von den Gefässen gefunden. Was die chemische Reaction dieser Körperchen anbelangt, so wurden sie weder durch Säuren, Laugen noch Kochen in destillirtem Wasser zerstört, sie wurden dadurch nur etwas heller und zeigten einen concentrisch-geschichteten Bau. Acid. osmicum, Eosin und Pikrocarpin färbte sie nicht, sie erschienen als Conglomerate rundlicher Körperchen. Jod und Schwefelsäure gaben nicht die amyloide Reaction. Gentianviolett, Methylviolett färben sie nur sehr wenig. Hämatoxylin und Magentaroth aber intensiv, wie oben angegeben. Die im Linsenkerne Choreakranker gefundenen Körperchen sind also im Sinne *Recklinghausen*'s ein Product hyaliner Degeneration. Weitere Facta, wie das Auftreten (selten) eines blauen Randes um die Körperchen bei der Einwirkung von Jod und Schwefelsäure, Varicosität der Nervenfasern, Pigmentansammlung und körniger Zerfall, veranlassen den Verfasser, wie er das schon früher ausgesprochen, zu schliessen, dass die amyloide und hyaline Degeneration und varicöse Hypertrophie der Axencylinder sehr nahe verwandte Processe oder wohl gar nur verschiedene Stadien eines und desselben pathologischen Processes darstellen.

Auf Grund dieser Thatsachen schliesst *Jakowenko*, dass bei der Chorea beständig hyaline Ablagerungen stattfinden und zwar vorzüglich in den vorderen Theilen des zweiten Gliedes des Linsenkernes, seltener in der Nähe des ersten inneren Gliedes und der Capsula interna, in Fällen, wo die Chorea in der Gestalt coitusartiger Bewegungen auftritt, finden sich diese Ablagerungen im Thalamus opticus.

In Folge dessen tritt er der Ansicht *Elischer*'s entgegen und behauptet, die Chorea sei das Resultat eines pathologischen Processes im Globus pallidus des Linsenkörpers, dessen Functionen durch die hyaline resp. andere Ablagerungen und Degenerationen gestört werden, da dieselben als ein fremder Reiz auf das Nervengewebe wirken.

Die hyaline Degeneration ist das Resultat einer veränderten Blutcirculation. Als weitere Folgerung kommt Verfasser zu dem Schlusse, dass dem Linsenkerne Bewegungsfunctionen zugeschrieben werden müssen.

A. v. Rothe.

Aetiologie.

Wagner, J., Neuralgie und Psychose. — Jahrb. f. Psych. Bd. VIII.

Zwei Fälle von Frontalneuralgien in Wechselwirkung mit acuter Dysthymie.

Gucci, R., Chirurgische Operationen als Ursache geistiger Störung. — Riv. sperim. XV.

Verf. hat diejenigen Fälle von Geistesstörungen nach chirurgischen Verletzungen im Auge, in denen sei es durch ein Trauma oder durch das Messer des Chirurgen 1) ein Körpertheil geschädigt ist, der mit einem Hirnnerven zusammenhängt; 2) ein Kopfnerv betroffen ist mit Hirnerschütterung; 3) eine Mitaffection des Sympathicus vorliegt oder Schädelcommotion. Die einschlägige Literatur ist eingehend behandelt. Nach einem Excurs über das Delirium traumaticum folgt eine Casuistik von 4 Fällen von chronischer Geisteskrankheit im Anschluss an eine chirurgische Operation. Die nun folgende Betrachtung gehört der Untersuchung an, welche Momente als eigentliche Ursache für die psychische Hirnaffection anzusehen seien. Diese ergeben sich im Einzelnen als: Blutverlust; Nervenbeschädigungen (theils direct, theils durch die antiseptischen Flüssigkeiten); Shok; Gebrauch der Anaesthetica (speciell die tiefe Chloroformirung); endlich der chirurgische Eingriff selbst, insofern er die Hinwegnahme eines psychisch wichtigen Organs (z. B. Sexualorgans) in sich schliesst, resp. den Ausfall der betr. Gemeingefühle nach sich zieht. — Die acuten Psychosen nach chirurgischen Verletzungen haben meistens die manische Form; der Verlauf ist rasch und oft plötzlich in Genesung abbrechend. Die chronischen haben nichts Charakteristisches, sind aber prognostisch meist ungünstig.

Dent, C. T., Geistesstörung nach chirurgischen Operationen. — Journ. of ment. sc. April.

Verf. nimmt drei Wege der Entstehung von Psychosen aus chirurgischen Operationen an: 1) durch die den letzteren vorausgehende Grübelei und Beklommenheit; 2) durch den Schmerz und die Shokzufälle bei der Operation; 3) durch die Nachwirkungen der letzteren. Wichtiger noch ist der mitgebrachte Geisteszustand des zu Operirenden; seine Widerstandsfähigkeit und Energie. Die Klimax der in Betracht kommenden Zustände ist: gesteigerte Gemüthserregbarkeit, hysterische Zufälle, Mangel der Be-

herrschung und Einsicht, Sinnestäuschungen, Manie in ihren verschiedenen Formen. Verf. führt eine Casuistik von Fällen an, in welchen die Psychose nicht unmittelbar, sondern erst nach einem kleinen oder grösseren Zwischenraum nach der Operation folgte, während in letzterem selbst der Geisteszustand des Operirten normal war.

Allgemeine Therapie.

***Stedman, Henry R.*, Zulässigkeit der Ehe bei irre Gewesenen und Belasteten. — The Journ. of nerv. and ment. dis. Jan.**

Für die Frage der Zulässigkeit von Heirathen bei früher Geistesgestörten oder Belasteten sind zu beachten: 1) die erbliche Anlage: ob diese eine einfache oder degenerative ist? Letztere macht eine Heirath unräthlich. Aber auch der ausgesprochen neuropathische Charakter eines der beiden Candidaten ist bedenklich. 2) Die klinische Form der überstandenen Geistesstörung. Hier sind erfahrungsgemäss wiederum die sog. degenerativen (periodischen, cyklischen) und die constitutionellen Psychosen am ernstesten zu beurtheilen; die Paralyse insofern, als sie nach *Ball* und *Régis* nicht zu ausgesprochener Geistesstörung bei den Nachkommen disponirt, sondern zu einer cerebralen Invalidität in der Kindheit und in der Entwickelungszeit, nicht selten aber auch zur Paralyse selbst in den Reifejahren; 3) die Nebenumstände — ob günstige oder mindergünstige, sociale oder finanzielle Aussichten in der Ehe bevorstehen; 4) der Zeitpunkt nach überstandener Krankheit; je länger die Genesung gedauert hat, desto sicherer ist die Perspective; 5) gibt es aber auch Fälle, in denen der Arzt nach sorgsamster Erwägung sein Non liquet auszusprechen sich nicht scheuen soll.

***Mercklin, A.*, Ueber gynäkologische Behandlung bei Psychosen. — St. Petersb. med. Wochenschr. 16 u. 17. Separatabd.**

Eine ruhige, streng sachliche, die ev. Vor- und Nachtheile der aufgeworfenen Frage erwägende Besprechung. Im Allgemeinen räth Verf. Vorsicht an in der gynäkologischen Untersuchung, und bezüglich der ev. Behandlung eine Beschränkung auf die Fälle, in denen die Lokalsymptome nach sonstigen Indicationen (Blutungen, Mastdarm-, Blasenbeschwerden) zu einer solchen drängen. Der passende Zeitpunkt ist nicht das Höhestadium der Psychose, sondern die Reconvalescenz. Wann im Uebrigen gynäkologisch einzuschreiten sei? hält er für die Aufstellung genauerer Indicationen noch nicht für spruchreif. Die Entscheidung im Einzelfalle habe sich vorzugsweise nach der Anamnese, und sodann nach der genauen Beobachtung des Krankheitszustandes zu richten. Verf. räumt die Berechtigung einer gynäkologischen Behandlung und Operation bei einer mit einer palpabeln Sexualerkrankung verbundenen Psychose ein, sofern letztere schon längere

Zeit besteht, und durch die gewöhnlichen allgemeinen therapeutischen Maassnahmen nicht zur Heilung gebracht werden konnte. Bei dieser Bejahung der Zweckmässigkeit einer Lokaltherapie im Allgemeinen, hält er gleichwohl das Gebiet der Zulässigkeit resp. Zweckmässigkeit für ein sehr begrenztes. Verf. ruft zur Einigung aller Beobachter behufs Gewinnung festerer Indicationen auf, wobei er erwartet, dass der Kreis dieser Indicationen in der Zukunft noch enger gezogen werden dürfte, als dies bisher vielfach geschehen ist.

Petrazzani, Die Wirkung von Nervinis auf den Hirnpuls. — Rivista sperimentale XIV. 3 und 4.

Gegenstand der Untersuchung war ein epileptischer Idiot, bei dem eine durch complicirte Fractur bedingte Lücke des knöchernen Schädeldachs über den Centralwindungen die Registrirung des Hirnpulses mittels Marey'scher Kapsel gestattete. Neben anderen Nervinis wurden mittlere Dosen von Cocain, Chloral, Morphium, Hyosciamin, Hypnon, Methylal. Amylenhydrat gegeben, und dann eine Stunde lang der Hirnpuls registrirt.

Die Resultate sind für die verschiedenen Hypnotica so verschiedenartig, und die Curven aus den verschiedenen Versuchen mit Schlafmitteln weichen jede für sich so sehr von den Pulscurven des „natürlichen" Schlafs ab, dass sich aus den mühevollen Versuchen absolut kein irgendwie formalisirbares Resultat gewinnen lässt. „Die anscheinenden Widersprüche lösen sich ganz rationell in der Erwägung, dass das Phänomen: Schlaf vereinbar ist mit verschiedenen und entgegengesetzten Zuständen der cerebralen Circulation." *Kurella.*

Deventer, van, Zur psychischen Behandlung Irrer. — Psychiatr. Bladen VI. 1.

van Deventer warnt vor Moralisiren, Suggeriren und Disciplíniren; er räth Kranke, die sich in der Anstalt beherrscht und ihre falschen Vorstellungen zurückzuhalten gelernt haben, darauf hinzuweisen, dass sie mit ihren Vorstellungen nun einmal nicht durchdringen; dränge man damit bei dem Kranken durch, so könne man ihn ruhig auch ungeheilt entlassen. *D.* warnt vor lange ausgedehnter Bettruhe, und begründet ausführlich aus dem Bedürfniss nach stärkerem Hervortreten der psychischen Behandlung die Nothwendigkeit, dem ersten Arzte unbeschränkte Machtvollkommenheit zu geben. *Kurella.*

5. Pathologische Anatomie. Referent: Ripping-Düren.

***Edinger, L.*, Ueber die Fortsetzung der hinteren Rückenmarkswurzeln zum Gehirn. — Anatom. Anzeiger IV. Jahrg., No. 4, pag. 122.**

Bisher war über das Verhalten der hinteren Wurzelfasern im Marke nur bekannt, dass gleich nach dem Eintritte sich die Bündel in eine mediale und in eine laterale Gruppe von Fasern sondern. Die mediale Gruppe gelangt direct in die Hinterstränge und ihre Fasern ziehen, nachdem ein Theil lateralwärts in die Clarke'schen Säulen abgebogen ist, in den Hintersträngen aufwärts und endigen schliesslich oben in der Oblongata in den als Kerne der Hinterstränge bezeichneten Formationen. In der Oblongata treten aus den Hinterstrangkernen massenhaft Fasern als Fibrae arciformes internae, die Raphe überschreitend, in die gekreuzte Schleife; ein kleiner Theil gelangt in das Cerebellum. Der laterale, wesentlich aus feinen, aber auch aus einigen gröberen Fasern gebildete Theil der Hinterwurzel tritt in das Hinterhorn, durchzieht die Substantia gelatinosa Rolandi und verliert sich dann in dem feinen Fasernetz, in welches die Zellen der Hinterhörner eingebettet sind. Die stärkeren Fasern treten erst höher oben in die graue Substanz ein.

Was weiter aus diesem in das Netz eingehenden Antheile wird, war bisher nicht bekannt.

E.'s Untersuchungen an Fischen und Amphibien und besonders am Frosch haben nun gezeigt, dass sich aus den Hinterhörnern des Rückenmarks massenhaft Faserbündeln entwickeln, welche durch die graue Substanz ventralwärts ziehen und sich theils vor, theils hinter dem Centralkanal mit denen der anderen Seite kreuzen. Aus der Kreuzung gelangen diese Fasern in die Vorder- und Seitenstränge, namentlich in die ersteren, und in diesen ziehen sie hirnwärts.

Dass diese Kreuzung der centralen Fortsetzung der hinteren Wurzeln auch bei Säugethieren existirt, bestätigt nicht blos die entwickelungsgeschichtliche Beobachtung (*His*), dass die centralen Fortsetzungen der Spinalganglienzellen als hintere Wurzeln in das Rückenmark einwachsen, dort an der Stelle, wo später das Hinterhorn sich entwickelt, auf eine Schicht von Zellen treffen, deren sämmtliche Fortsätze ventralwärts ziehen und, die graue Substanz des Vorderhorns durchbrechend, in die vordere Commissur und von da in die Vorderstränge gelangen, sondern auch das physiologische Experiment sowie die Beobachtung am Krankenbette. Das beweisende physiologische Experiment ist die halbseitige Durchschneidung des Rückenmarks, nach welcher die Körperhälfte unterhalb des Einschnittes

auf der gekreuzten Seite anästhetisch wird. Die als Bestätigung dienende Beobachtung am Krankenbette ist die, dass bei Tabes dorsalis, trotzdem regelmässig eine Entartung der Hinterstränge gefunden wird, häufig nur ganz unbedeutende Gefühlsstörungen vorhanden sind.

***Nothnagel, H.*, Ueber Tumoren der Vierhügelregion. — Wien. medin. Presse. No. 3.**

N. beschreibt einen Fall von papillärem Epithelialtumor in den Vierhügeln mit consecutivem Hydrocephalus, der sich bei einem 15jährigen Knaben, welcher im Jahre 1885 von einem Baume herabgestürzt war, entwickelt hatte. Unmittelbar nach dem Falle war der Knabe bewusstlos gewesen, hatte sich aber bald wieder ganz erholt. Nach einiger Zeit hatten sich die ersten Symptome eingestellt, er hatte angefangen, unsicher, im Zickzack zu gehen, zu schwanken, häufig zu fallen, kurz ausgesprochene Ataxie gezeigt. Im Winter 1886—1887 hatte er Kopfschmerzen, Augenschmerzen, Erbrechen bekommen; es war Stauungspapille, später Atrophie des Opticus und Amaurose, Schwindel, Benommenheit des Sensoriums und Schwerhörigkeit aufgetreten und zuletzt Starrheit der Bulbi und namentlich Behinderung der Bewegung der Bulbi nach oben und links, und zwar am linken Auge stärker als am rechten, beobachtet worden.

Ob und inwieweit die Blindheit durch den Tumor direct bedingt oder mehr Folge der Atrophie des Opticus und des Hydrocephalus war, lässt sich in diesem Falle nicht entscheiden. Als wesentliche Symptome der Tumoren der Vierhügel bezeichnet *N.* die Lähmung der Augennerven (hier die Parese des Oculomotorius und Abducens) und die Ataxie, wobei er es als wahrscheinlich bezeichnet, dass die Function der Erhaltung des Gleichgewichts hauptsächlich an das hintere Vierhügelpaar gebunden sei, da *Gowers* einen Fall von Läsion des vorderen Vierhügelpaares, in dem keine Ataxie vorhanden gewesen, mitgetheilt habe.

***Kny, Eugen*, Fall von isolirtem Tumor der Zirbeldrüse. — Neurolog. Central. No. 10.**

K. beschreibt einen Fall von einem lappigen, wallnussgrossen Rundzellensarkom der Glandula pinealis, welche das Corpus quadrig. nach hinten gedrängt und vorn abgeflacht hatte. Der mitgetheilte Fall bietet kein wesentliches Symptom, das nicht schon in den früheren Publicationen über diesen Gegenstand angeführt wäre.

***Oppenheim*, Ein Fall von Hirntumor. — Neurolog. Centralbl. No. 10.**

Der Tumor, ein grosszelliges Rundzellensarkom, reichte in sagittaler Richtung von der linken Rolando'schen Furche bis zur Fissura parieto-occipitalis und durchsetzte die Substanz der oberen Hälfte der hinteren Centralwindung und des linken oberen Scheitelläppchens. Auf der medialen Fläche nahm sie den hinteren Bezirk des Paracentrallappens und den ganzen Praecuneus ein, erstreckte sich bis unter den Gyrus fornicatus

und selbst bis unter den Balken. Auf dem Durchschnitte war in dem entsprechenden Terrain die ganze Hirnmasse durchsetzt, nur von dem Rindengrau war fast in der ganzen Circumferenz eine ein bis mehrere Millimeter betragende Zone verschont. (Das in klinischer Beziehung Wichtige siehe im Original.)

Köster, H., **Beitrag zur Kenntniss der feineren pathologischen Anatomie der Idiotie. — Neurolog. Centralbl. No. 10, pag. 292.**

K. fand in einem von ihm untersuchten Idiotengehirn, welches makroskopisch keine Abweichungen von der Norm zeigte, mikroskopisch: Verdichtung der Neurogliasubstanz, Erweiterung der Lymphräume der Ganglienzellen und Gefässe, Atrophie mehrerer Ganglienzellen, sowie Pigmentdegeneration und Vacuolenbildung in vielen derselben, und vor allem Schieflagerung von Pyramidenzellen — letztere besonders auffallend und zahlreich in den Frontalwindungen und zwar an der Grenze zwischen der zweiten und dritten Hauptschicht der grauen Substanz.

Huguenin, **Ueber Hirnödem. — Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. No. 11.**

Verf. unterscheidet das entzündliche Oedem und das nicht entzündliche. Ersteres fasst er als diffuse Encephalitis auf und fordert für sie die mikroskopischen Erscheinungen der Entzündung. Bezüglich des nicht entzündlichen Oedems ist er der Ansicht, dass Kreislaufsstörungen in Krankheiten im Schädel kein tödtliches Oedem hervorrufen, solange Gefässe und die Verhältnisse in der Schädelhöhle selbst normal sind, dass aber Kreislaufsstörungen, für deren Ausgleich unter normalen Verhältnissen völlig genügende Einrichtungen vorhanden sind, tödtliches Oedem hervorrufen können, sobald alte Veränderungen im Schädel und Hirn da sind. Solche alte Veränderungen sind: Obliteration der Abflusswege für die Lymphe, Verengerung des Schädels oder vielmehr Stehenbleiben seines Wachsthums, Hirnkrankheiten, welche einen grösseren oder geringeren Grad von Hirndruck setzen, wie Tumoren, Abscesse und Hämorrhagien.

Wallenberg, Adolf, **Veränderungen der nervösen Centralorgane in einem Falle von cerebraler Kinderlähmung. — Archiv f. Psychiatrie. Band XIX. Seite 297 u. ff.**

W. fand in diesem Falle den rechten Hirnschenkel deutlich schmäler als den linken. Beim Durchschnitt fand sich unterhalb der vorderen Vierhügel eine erbsengrosse Cyste mit klarem flüssigen Inhalte, welche hauptsächlich in der Haube sass, mit ihrem unteren Ende jedoch in das mittlere Drittel des rechten Fusses hineinreichte. Im Rückenmark fiel eine graue Verfärbung der Goll'schen Stränge im Cervicalmark, des linken Seitenstrangs in dem Dorsal- und Lumbarmark auf. Ferner fand sich Atrophie

der lateralen Oculomotoriusbündel, des entgegengesetzten Bindearmes, der gleichseitigen Substantia nigra und des mittleren Drittels der Fussfasern. Die Seitenstränge enthielten ein Degenerationsgebiet, welches im obersten Halsmarke seine grösste Extensität, im mittleren Dorsalmarke seine grösste Intensität erlangte. Während es oben in den Vorderseitenstrang hineinragte, beschränkte es sich weiter unten auf Pyramiden- und Kleinhirn-Seitenstrangbahn. Die Zahl untergegangener Fasern war in der rechten Kleinhirnbahn am geringsten, dann folgte rechter Pyramidenstrang, linker Pyramidenstrang und endlich die linke Kleinhirn-Seitenstrangbahn. Die Goll'schen Stränge waren bis zur Mitte des Dorsalmarkes an der Degeneration betheiligt; in ihnen ist aber der Degenerationskeil am deutlichsten und kleinsten in den obersten Partien des Rückenmarkes. An den Clarke'schen Säulen waren im oberen Dorsalmarke die Querfasern in beiden Dorsalkernen fast ganz verschwunden, während sich in den Ganglienzellen, namentlich links, eine Atrophie geringeren Grades geltend machte. Im Gebiete des 6.—10. Dorsalnerven gesellte sich in der linken Clarke'schen Säule eine Verminderung der Längsfasern und eine fast totale Atrophie der Ganglienzellen hinzu. Die letztere war bis zum Ende der Dorsalkerne zu verfolgen.

Oppenheim, H., Ueber Poliomyelitis anterior chronica. — Ebendaselbst pag. 381 u. ff.

In dem von *O.* beschriebenen Falle, in welchem die Krankheitserscheinungen ausschliesslich die motorische Sphäre betrafen und Muskellähmung und Muskelentartung die einzigen Krankheitszeichen bildeten, zeigte sich als anatomische Grundlage eine reine Vorderhornerkrankung des Rückenmarks, charakterisirt durch einen nahezu totalen Schwund der Ganglienzellen in allen Höhen und sklerotische Entartung der Grundsubstanz. Die Muskelentartung bestand in bedeutender Verschmälerung der Fasern und Kernwucherung in denselben.

Hoven, Beitrag zur Anatomie der cerebralen Kinderlähmung. — Ebendaselbst pag. 563.

H. fand in dem von ihm untersuchten Falle die Hirnrinde vollkommen gesund, dagegen, abgesehen von unbedeutenden Theilen des Thalamus opticus, des Corpus striatum und der Vormauer, nur das Marklager und einen kleinen Theil der inneren Kapsel erkrankt. Unter dem linken Corpus striatum, unter dem Ependym fand sich eine Höhle, deren Durchschnitt ein stumpfwinkliges Dreieck bildete, dessen kurze Basis unter dem Ependym gelegen, dessen stumpfer Winkel an der medialen Seite, dessen spitzer bis in die Basis der Insel hineinragte. Die Höhle war nicht vollständig leer, sondern theilweise durchzogen von fein porösem Gewebe; ebenso wurde die Wandung von einem solchen feinschwammigen Gewebe gebildet. Bei der Untersuchung des gehärteten Gehirns zeigte sich, dass der laterale hintere

Theil des Corpus striatum, der inneren Kapsel und des Linsenkerns von dem Heerde betroffen waren. Die äussere Begrenzung der Cyste wurde von Marksubstanz gebildet, die obere Wand bildete das verdickte Ependym. Nirgends reichte das pathologische Gewebe an die Hirnrinde heran.

***Cramer, Aug.*, Beginnende multiple Sklerose und acute Myelitis. — Ebendaselbst pag. 667 u. ff.**

C. beschreibt einen Fall, in welchem neben einer grossen Anzahl sklerotischer Heerde im Rückenmark auch noch die Erscheinungen einer acuten Myelitis in der weissen Substanz sich fanden.

***Nonne*, Anatomische Untersuchung eines Falles von Erkrankung motorischer und gemischter Nerven und vorderer Wurzeln bei Tabes dorsalis. — Daselbst pag. 807.**

N. theilt hier die nähere anatomische Untersuchung zu einem in diesem Archiv Bd. XIX, pag. 352 u. ff. beschriebenen Falle mit. Das Resultat dieser Untersuchung besteht darin, dass die in seinem Falle beschriebenen amyotrophischen Symptome der oberen und unteren Extremitäten ihre anatomische Erklärung in einer Degeneration peripherer motorischer Nerven und vorderer Wurzeln des Rückenmarks finden; während die graue Substanz und ihre Ganglienzellen intact befunden wurden.

***Ott, Isaak*, Wärmecentrum beim Menschen. — Brain, Januar.**

Verfasser glaubt durch einige von anderen beobachtete Fälle nachweisen zu können, dass auch beim Menschen Wärmecentren sich finden, und zwar glaubt er solche in der Gegend um die Rolando'sche Spalte, um die Fossa Sylvii, im Corpus striatum und im Thalamus opticus. Die angezogenen Fälle sind in keiner Weise beweiskräftig.

***Paine, Frank Joseph*, Pathologische Anatomie und Pathologie des chronischen Alcoholismus. — British medical Journal, 1888 Decbr. 8.**

Nach einer geschichtlichen Einleitung bezeichnet er die schädliche Wirkung des Alkohols auf die Gewebe als eine dreifache: 1) als eine functionelle, 2) als eine destructive, 3) als eine die Oxydation hemmende. Als Veränderung der Organe bespricht er zuerst die Cirrhose und gelbe Atrophie der Leber, sodann die Veränderungen im Nervensystem. Als solche führt er an Verdickung der Dura mater, Wucherung der Pacchionischen Granulationen, Pachymeningitis haemorrhagica, Verdickung und Trübung der weichen Häute, Hydrocephalus externus in Folge von Atrophie des Gehirns, Adhärenz der Pia, Ependymgranulationen u. s. w. (Alles Veränderungen, welche auch ohne Alkoholmissbrauch beobachtet werden. D. Ref.) Als Veränderungen im Rückenmark bezeichnet er Sklerose oder Degeneration der

hinteren oder des hinteren Theiles der Seitenstränge, sowie in einzelnen Fällen auch acute Myelitis. Die Veränderungen in den peripheren Nerven, welche erst in der neueren Zeit studirt sind, bestehen in Granulirung der Nervenfasern, Trennung des Myelins in runde oder ovale Kugeln, Fehlen des Axencylinders, Kernwucherung, Infiltration mit Leukocyten im Perineurium oder Endoneurium, Verdickung desselben u. dergl. Die destructive Einwirkung des Alkohols auf andere Organe wie die Nieren, die Geschlechtsorgane u. s. w. werden nur kurz berührt.

Tuczek und *Cramer, Aug.*, Ein Hydrocephalus ungewöhnlichen Umfanges. — Archiv f. Psychiatrie Bd. XX, pag. 354.

Die Verfasser theilen die genaue makro- und mikroskopische Untersuchung eines Falles von Hydrocephalus mit, dessen Horizontalumfang 75 cm betrug. Das Nähere ist im Originale nachzusehen.

Preisz, Hugo, Histologische Untersuchung eines Falles von Pseudohypertrophie der Muskeln. — Archiv f. Psychiatrie, Bd. XX, pag. 417 u. ff.

Der M. supinator brevis, Peroneus und das Thenar, welche makroskopisch normal erschienen, zeigten degenerativen Zerfall einzelner Muskelfasern oder Gruppen von solchen, ferner heerdweise kleinzellige Infiltration oder Bindegewebswucherung mit atrophischen Muskelfasern dieser Heerde; im Peroneus befand sich ausserdem ein wenig Fettgewebe. In dem M. infraspinatus, M. obliquus und Rectus abdominis, Deltoideus und Tibialis anticus, welche makroskopisch weisslich, stellenweise noch blass, röthlich aussahen, waren die Muskelfasern bereits durch ein breites, stellenweise Fettgewebe enthaltendes Perimysium internum aus einander gedrängt; einzelne Partien waren fast ganz faserlos. Entschieden hypertrophische Muskelfasern fanden sich im M. obliquus und Rectus abdominis. Mikroskopisch waren die Befunde nach dem Grade der Atrophie verschieden; es fanden sich gleichmässig unter die Breite eines Muskelkerns verschmälerte Muskelfasern mit Erhaltung der Querstreifung, noch mehr verschmälerte mit Verlust der Querstreifung und noch weiter zu langen dünnen, spindelförmigen, pigmenthaltigen Zellen umgewandelte. Der grössere Theil der Muskelkerne war vergrössert, oval, blasenförmig und von einem breiten, polygonalen, den Epithelien ähnlichen Zellkörper umgeben. Die intramusculären Gefässe zeigten häufig eine Verdickung der Adventitia und eine hochgradige Vermehrung der Endothelkerne.

Bemerkenswerth waren in diesem Falle auch die Veränderungen im Nervensystem. In den kleinen intramusculären Nervenbündeln fanden sich kleinere oder grössere Gruppen von Rundzellen; in anderen, in denen das Endoneurium bereits faserig verdickt war, auch stark gequollene und varicös aussehende Axencylinder. An den am meisten veränderten intra-

musculären Nervenbündeln war das Peri- und Endoneurium ausserordentlich verdickt. Die grösseren peripherischen Nervenstämme zeigten ausser einer Verdickung des Endoneuriums kleine Heerde zelliger Infiltration, innerhalb deren nur sehr verdünnte Nervenfasern und kleine Lücken, verödeten Nervenfasern entsprechend, sichtbar waren. Die vorderen Wurzeln des Rückenmarks zeigten in den verschiedenen Abschnitten desselben verschiedene, gequollene Achsencylinder, verdünnte Nervenfasern mit kleinzelliger Infiltration. Im oberen Halstheile des Rückenmarks fanden sich im vorderen und lateralen Theile der Vorderhörner einige geschrumpfte, stark pigmentirte, fortsatz- und kernlose Ganglienzellen. Im oberen Dorsalmarke zeigten sich in der vorderen grauen Commissur und in der Basis der Hinterhörner mehrere Blutextravasate, welche als die Folge einer Entartung der Gefässe, einer starken Verdickung der Intima, anzusehen war. Im oberen Lendenmark erschienen die centralen und lateralen Theile der Vorderhörner auffallend hell; hier zeigte sich unter dem Mikroskop um die Gefässe ein breiter, aus einem fein granulirten Maschenwerk bestehender Hof ohne Nervenelemente, die Ganglienzellen waren theilweise zu kleinen rundlichen, mit groben Pigmentkörnchen gefüllten Schollen geworden, die Kern oder Kernkörperchen nicht mehr erkennen liessen und meistens von weiten Lücken umgeben waren.

Foville, Achille, Ueber die Veränderungen des Rückenmarks bei Geisteskranken, beobachtet von Dr. ***Stewart.*** — Annales medico-psychologiques. September 1888.

F. theilt den Inhalt einer 1886 von Dr. *Stewart* verfassten Inaugural-Dissertation mit. Es handelt sich in den dort beobachteten 20 Fällen um degenerative Veränderung im Rückenmarke, bestehend zum Theil in Faserschwund, zum Theil in Degeneration der Ganglienzellen. Die der Beobachtung zu Grunde liegenden Fälle waren 5 von allgemeiner Paralyse, 6 von Demenz, 4 von Melancholie, 4 von Imbecillität mit Epilepsie und 1 von einfacher Imbecillität.

Peli, Sectionsbefunde bei 200 Geisteskranken, verglichen mit der gleichen Zahl psychisch gesunder. — Archivio italiano p. l. malat. nerv. 1888, Heft 5 und 6.

Der Verfasser vergleicht in umfangreichen Tabellen 200 Sectionsprotocolle des pathologischen Instituts in Bologna mit ebensovielen der dortigen Provinzial-Anstalt und bestimmt, wie oft eine Reihe von ihm ausgewählter Krankheiten bei diesen beiden Kategorien vorkommt. Seine Resultate sind folgende: Irre zeigen seltener als Nicht-Irre exsudative und tuberculöse Leptomeningitis, Hirnhämorrhagien, häufiger dagegen Hirnhyperämie, Hämatome der Dura, „plastische“ Leptomeningitis, acute und

chronische Meningoperiencephalitis, Erweichungsheerde des Gehirns und Rückenmarks.

Ferner fanden sich bei Irren häufiger hypostatische Pneumonien, Hypertrophie und Verfettung der Herzmusculatur, Atherom der Aorta.

Die übrigen Ermittelungen stützen sich auf zu kleine Zahlen, um zu bestimmten Schlüssen zu berechtigen. *Kurella.*

Baroncini, Die Ependymgranulationen. — Arch. ital. p. le malat. nerv. 1888. H. 4.

B. hat bei 650 Sectionen Irrer 32 mal ausgesprochene („chagrinirte") Ependymgranulationen gefunden, darunter 11 mal bei Frauen, 27 mal bei Paralytikern beiden Geschlechts; pathognomonisch sind sie also für Paralyse nicht, und finden sich in dieser Krankheit sowohl nach ganz rapidem, wie nach sehr langsamem Verlauf; meist finden sie sich in allen Hirnhöhlen, in grösster Ausdehnung und mit dem stärksten Relief jedoch im vierten; meist sind sie bei den verschiedensten Formen der Psychosen neben Circulationsstörungen und Meningitis zu treffen. *Kurella.*

Morselli, Das Hirngewicht in seinen Beziehungen zu den kraniometrischen Charakteren der Irren. — Rivista sperimentale XIII. 4.

M. unterzieht einige Punkte der Lehre vom Hirngewicht einer Revision, an der Hand von 133 Fällen seiner Anstalt, in denen Schädel und Gehirn gemessen werden konnten. Die Resultate, zu denen er kommt, sind wenig ergiebig. Er resumirt sie selbst wie folgt.

1) Das absolute und relative Hirngewicht muss bei Normalen wie bei Irren unter Berücksichtigung der Hirnhäute und Hirnannexe interpretirt werden.

2) Das mittlere Gewicht der Häute und Flüssigkeiten des Gehirns ist bei Irren grösser, dies Gewicht

3) nimmt mit dem Alter zu und ist

4) in den chronischen Psychosen (Paralyse, terminale und senile Demenz) absolut und relativ grösser als in den acuten Psychosen und bei Degenerirten.

5) Das mittlere Hirngewicht der Irren ist stets unter der Norm.

6) Der Quotient Hirngewicht: Schädelcapacität ist bei Irren kleiner.

7) Bei Irren ist oft der Schädelindex eine Uebertreibung des Schädeltypus der betr. Bevölkerung.

8) Melancholiker und Epileptiker geben oft für Capacität und Gewicht abnorm hohe Zahlen.

9) Die Inferiorität des Volumens und des Gewichts der Paralytikerhirne steigt mit der Krankheitsdauer und der allgemeinen Ernährungsstörung.

Kurella.

***Cionini*, Die Dicke der Hirnrinde bei Dementia paralytica. — Rivista sperimentale. XIII. 4.**

C. hat sehr genaue Messungen der Breite der Hirnrinde auf Verticalschnitten an den Gehirnen von 15 Paralytikern gemacht; die Messungen geschahen mit einem $^1/_{10}$ mm noch taxirenden Messzirkel. *C.* kommt aus dem in zahlreichen Tabellen zusammengestellten Material zu dem Resultat, dass bei der Paralyse die Rindendicke überall vermindert ist, am stärksten ist die Rinde an der hinteren Fläche der vorderen Centralwindung, die grösste Verschmälerung trifft die an die Fissura Rolando grenzenden Rindenpartien; vom Stirnhirn bis zur Spitze des Occipitallappens wächst die Abnahme der Rindendicke, die Rinde ist im linken Hirn stets dicker, dem entspricht auch ein Ueberwiegen des Gewichts der linken Hemisphäre.

Kurella.

---

6. Specielle Pathologie und Therapie.

Referent: Pelman-Bonn.

***Kiernan*, Paranoia. — Al. and Neurol. Jan.**

In diesem zumeist scharf polemisch gehaltenen und gegen amerikanische Zustände gerichteten Artikel, für welche uns das Verständniss fehlt, theilt *K.* eine Reihe von Fälle von Paranoia mit, die für deutsche Leser ohne jedes Interesse sind. Vielleicht bietet die kurze Mittheilung des berühmten *Haslam*'schen Falles von *Matthews* in Bedlam einiges Interesse dadurch, dass dieser Fall einer systematisirten hallucinatorischen Verrücktheit erst neuerlich zum Gegenstande eines Buches gemacht worden ist, das den Zweck hat, die Schädlichkeit der Irrenärzte an den Pranger zu stellen, die so gesunde und begabte Menschen wie *Matthews* einer war, für verrückt erklären. Ein neuer Beweis für den alten Satz, dass, wo immer einer den anderen an Verrücktheit übertrifft, sich noch Verrücktere finden, die ihn bewundern und ihm nachbeten.

***Woods*, Ueber einen Fall von inducirtem Irresein bei 5 Mitgliedern einer Familie. — J. of m. sc. Jan.**

Im Grunde genommen handelt es sich hier um 6 Personen derselben Familie, da beide Eltern und 4 Kinder gleichzeitig erkrankten. Der Vater erwies sich als harmlos, die Mutter, ein Sohn und drei Töchter wurden der Irrenanstalt übergeben. Die Mutter hatte am Tage vorher ihren epileptischen und idiotischen Knaben erschlagen, da er nach ihrer und der übrigen Meinung ein böser Geist war. Die sehr mangelhafte Anamnese

ergiebt starke erbliche Belastung der Familie und äusserst geringe Bildung. Ein Kind (der ermordete Knabe) war Idiot und epileptisch, ein anderer schwachsinnig. Unter dem Einflusse ungenügender Nahrung und Nachtruhe entwickelte sich anscheinend urplötzlich eine hallucinatorische Verwirrtheit, von der zunächst die Mutter und dann die übrigen Mitglieder der Familie ergriffen wurden. Sie glaubten im Himmel gewesen zu sein, waren äusserst erregt und unruhig, beruhigten sich aber schon nach wenigen Tagen und konnten, mit Ausnahme der ältesten Schwester, gegen Ende Februar entlassen werden. Diese war schon vorher unpässlich gewesen und ihre Geistesstörung ging in Blödsinn über. Mit Ausnahme der Mutter erinnerten sich alle des Vorfalls. Bei dieser war die Erinnerung an die drei ersten Tage der Erkrankung erloschen, wie Verf. annimmt aus Simulation, während es kaum unwahrscheinlich ist.

Maziere Courtenay, Ein Fall von Fremdkörper im Oesophagus. — J. of m. sc. Jan.

Eine an hypochondrischer Melancholie leidende Kranke hatte eine Wallnuss verschluckt und diese war in der Höhe des Kehlkopfs in der Speiseröhre sitzen geblieben. In den ersten Tagen bestanden Schlingbeschwerden, die jedoch als hypochondrische Vorstellung aufgefasst wurden, um so mehr, als die Kranke sehr bald wieder ohne Beschwerden essen konnte, an Ernährung zunahm und nur selten von der Nuss sprach. Nach Jahresfrist traten aufs Neue Schlingbeschwerden auf, sie magerte rasch ab und starb an Tuberculose. Bei der Section fand sich die Nuss als harte Geschwulst hinter der Speiseröhre liegend, wo sie auf dem 5. und 6. Halswirbel eine entzündliche Affection hervorgerufen hatte. Die Nuss selber war völlig frisch und gut erhalten, als ob sie am selben Tage verschluckt worden wäre, während sie doch durch die Wand des Oesophagus hindurchgedrungen und länger als 14 Monate als Fremdkörper dort gelegen hatte.

Pope, Vier Fälle von Genesung von chronischer Geistesstörung. — J. of m. sc. Jan.

I. Genesung nach 11 Jahren. Der Kranke war epileptisch und litt an heftiger Aufregung. Unter dem Einflusse von Bromkalium trat zeitweilige Besserung ein, dann folgten neue epileptische Anfälle und Erregungszustände. Der Kranke wurde von November 1886 an ständig unter Bromkalium gehalten und konnte er im Juli 1887 gebessert entlassen werden. Verf. bemerkt selbst: ob der Kranke nicht einen Rückfall erleiden würde, wenn er das Bromkalium aussetzt, kann ich nicht sagen.

II. Genesung nach 11 Jahren. Hallucinatorische Verwirrtheit. Der Kranke war 4 Jahre lang sehr unruhig, dann trat Besserung ein, die 1 Jahr lang dauerte. Es erfolgte ein Rückfall, der jedoch nur einige Tage lang

anhielt, um wieder einem ruhigen aber verwirrten Verhalten Platz zu machen. Nach 6 Jahren konnte die Entlassung erfolgen.

III. Genesung nach 7 Jahren. Im Anschluss an eine Entbindung trat Manie auf. Die maniakalischen Ausbrüche wechselten mit ruhigeren Zeiten, bis endlich Genesung erfolgte.

IV. Genesung nach 7½ Jahren. Der Kranke war melancholisch, litt an Nahrungsverweigerung, hatte Wahnvorstellungen und verkannte die Personen. Es erfolgte allmälige Besserung, dann wieder ein Rückfall nach 2 Jahren. Der Kranke blieb melancholisch und schwachsinnig 5 Jahre lang, fing alsdann an zu arbeiten und genas.

Ausserdem beobachtete Verf. in 14 Fällen Genesung nach 3 Jahren.

***Mc. Bride*, Ueber circulatorische und sensorische Störungen bei Neurasthenie. — Al. and Neurol. Jan.**

Verf. will einige der Störungen in der Circulation und in der Empfindungssphäre, die sich bei der Neurasthenie besonders häufig finden, hervorheben, obwohl er selber bemerkt, dass sich darüber ganze Bände schreiben liessen. Er steht auf dem Standpunkte, dass die Neurasthenie jede Krankheit vortäuschen könne und es oft schwierig sei das richtige zu treffen, was doch bei der Behandlung von dem grössten Werthe sei. Am häufigsten finden sich Störungen der Herzaction, sei es Unregelmässigkeit, Herzklopfen oder Herzschwäche. Manche Kranke werden durch das Herzklopfen am Schlaf behindert, was besonders in den Entwickelungsjahren der Fall sei. Bemerkenswerth erscheine, dass dies Herzklopfen nur eintrete, wenn man sich zur Nachtruhe hinlege, während man am Tage ungestört schlafen könne. Andere Kranke werden bei jeder Anstrengung, Gemüthsbewegung ohnmächtig. Zuweilen treten bei denselben Ursachen Schüttelfröste mit nachfolgendem Fieber auf, so dass man an Malaria denken möchte. Auch schwellen die Hände, Füsse und Glieder an. Ebenso verschiedenartig sind die krankhaften Empfindungen, Kopfschmerzen der verschiedensten Abstufung, Gefühl von Müdigkeit im Kopfe, Band um den Schädel (Hirndruck), schmerzende Stellen auf der Kopfhaut, die das Kämmen zur Pein und unmöglich machen. Ferner Schmerz und Anästhesie in den Gliedern und einzelnen Körpertheilen. Einschlafen der Beine, Gefühl von Wärme und Kälte. Ferner kann das Gehör schwächer werden und sich bei Erholung und Kräftigung wieder einstellen, dasselbe ist mit den Augen der Fall. Auch werden Visionen beobachtet.

Ueber das Délire chronique. — Annal. méd. psych. Sept. Sitzung der Société méd. psych.

In diesem Artikel findet die Discussion über das Délire chronique, nachdem der Gegenstand 1 Jahr lang die Gesellschaft beschäftigt hatte, endlich ihren Abschluss. *Ball* selber schlägt vor, den Boden der Specu-

lation zu verlassen und erst neue Beobachtungen und statistisches Material zu sammeln.

Mairet, **Ueber Pubertätsirresein. Forts. — Annal. méd. psych. Jan. März.**

M. behandelt in der zweiten Vorlesung die erste Unterart des pubischen Irreseins: den melancholischen Stupor. Der letztere ist eine Form von Geistesstörung, welche in solchen Fällen zur Erscheinung kommen kann, wo sich eine andere pathogene Ursache wie die Pubertät nicht nachweisen lässt. Als accidentelle Ursachen finden sich oft: erbliche Belastung, Onanie, geistige Ueberanstrengung. Was die Symptomatologie betrifft, so wird die Krankheit eingeleitet durch Störungen in der Ernährung und durch allerlei nervöse Erscheinungen. Oft ist Fieber vorhanden, der Kranke wird unruhig, es treten Sinnestäuschungen auf, namentlich von Seiten des Gehörs, Verfolgungsideen, die nur selten durch andere Wahnideen ersetzt werden, die Circulation ist beschleunigt, die Ernährung liegt darnieder, die Sensibilität ist oft herabgesetzt. Nachdem dieser Zustand von Erregung einige Zeit angedauert hat, kommt schliesslich die Hauptphase der Krankheit zur Entwickelung. Die Erregung schwindet nach und nach, der Kranke versinkt, spricht nicht mehr, blickt schreckhaft um sich, die Hallucinationen nehmen allmälig ab, der Stupor wird immer tiefer, kann aber auf der Höhe der Krankheit hin und wieder von heftigen Erregungszuständen durchbrochen werden. Die Prognose ist im Allgemeinen günstig, die Stuporerscheinungen können langsam schwinden, mitunter folgt eine leichte Hypomanie. Die Behandlung wird später besprochen werden.

Mendel, **Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht. — Deutsche med. Wochenschrift No. 11.**

M., welcher die Hypochondrie definirt als eine functionelle Hirnerkrankung, deren wesentliche Symptome „Furcht und Angst in Bezug auf den Zustand des eignen Körpers" sind und sie den depressiven Geisteskrankheiten zuzählt, unterscheidet drei Formen: 1) Die Hypochondria simplex oder Nosophobie ist die Form, bei der lediglich Furcht und Angst vor dauernder Krankheit oder Tod und nur gewisse unbestimmte und vage Empfindungen im Körper vorhanden sind, oder bei der die Kranken unbedeutende Veränderungen als unheilbare, tödtlich endende Krankheit betrachten. 2) Hypochondrie mit Hallucinationen der Organgefühle, bei der zur Angst noch Sensationen in den Organen (als corticale Reizungen zu deuten) hinzutreten. 3) Die schwerste Form, bei welcher ausser den genannten Symptomen noch Erscheinungen im Gebiete der höheren Sinnesorgane vorhanden sind, indem die Kranken die Dinge anders

sehen, die Sprache etc. anders hören, als früher, Geräusche und Stimmen im eigenen Kopfe hören. — In Bezug auf den Verlauf unterscheidet *M.* **eine acute oder subacute Hypochondrie** (accidentelle) und eine chronische (constitutionelle).

Beim weiblichen Geschlecht nun kommt Hypochondrie in allen Altersstufen häufig vor und zwar ist die erste Form bei Frauen seltener, als bei Männern, die zweite kommt vielleicht ebenso oft, wie bei Männern vor, die dritte häufiger. Die hypochondrischen Klagen beziehen sich in der Mehrzahl der Fälle auf den „Unterleib" und den Kopf. Die Monotonie des Vorstellens und die Unfähigkeit zum Handeln, die sich bei längerem Verlaufe der Hypochondrie entwickeln, treten besonders scharf beim weiblichen Geschlecht hervor. Die hypochondrischen Frauen geben sich ganz ihren Gefühlen hin, sitzen herum, legen sich zu Bett, während hypochondrische Männer oft noch ihren Beruf ausfüllen. Der Selbstmord bei weiblicher Hypochondrie ist viel seltener als bei Männern. Zuweilen entwickelt sich die Neigung zur Onanie, die mit der Genesung wieder schwindet. Von Complicationen ist die mit Hysterie am häufigsten. — In den von *M.* beobachteten 116 Fällen prävalirte bezüglich des Alters das 2. und 3. Decennium; 87 waren verheirathet; in 75 pCt. war hereditäre Anlage vorhanden. — Von directen Ursachen sind psychische Eindrücke häufig wirkend; zuweilen die Verlobung; oft entwickelt sich Hypochondrie im Puerperium, selten in der Graviditāt; ferner war gynäkologische Operation Veranlassung theils durch die Aufregung, theils durch Blutungen u. dergl. — Der Ausbruch der Krankheit ist zuweilen ein plötzlicher, der Verlauf ein in Remissionen und Exacerbationen wechselnder; Heilung kann noch nach mehrjähriger Dauer eintreten. Die Krankheit kann übergehen in chronische Hypochondrie, in andere Geistesstörung, in hypochondrische Paranoia und schliesslich Dementia. — Hypochondrische Empfindungen kommen ausser bei Hypochondrie noch vor bei anderen Psychosen und organischen Hirnerkrankungen. Bei der weiblichen Hypochondrie kommt noch besonders in Betracht die Differentialdiagnose zwischen Hysterie und Hypochondrie: jene fängt meist in der Pubertätszeit an, diese später; jene ist verbunden mit Clavus, Globus, Ovarie, Anästhesien, Lähmungen und Krämpfen; Furcht und Angst sind bei der Hysterie nie ausgeprägt, dagegen ein häufiger Wechsel der Erscheinungen, der bei Hypochondrie nicht vorhanden ist. — Die Prognose der Hypochondrie ist günstig; Neigung zu Recidiven aber gross.

Die Therapie besteht in milder Wasserbehandlung, angemessener körperlicher Beschäftigung, Gymnastik, Massage etc. Dass Mangel an Cohabitation das weibliche Geschlecht hypochondrisch mache, wird durch die Erfahrung *M.*'s nicht bestätigt. Gynäkologische Behandlung ist, wenn nicht unbedingt nöthig, zu verwerfen. Vorwiegend oder ganz vegetabilische Nahrung, Zerstreuungen und Gebirgsreisen wirken günstig. Unterbringung in geschlossene Anstalten nicht zu empfehlen.

***Nolan, M. J.*, Ein Fall von Folie à deux. — The Journal of Mental science. April.**

Der Verf. theilt die Krankengeschichten von zwei Brüdern mit, die allerdings im Punkte der Aehnlichkeit oder vielmehr der Gleichheit überaus auffallend erscheinen. Der kranke Vater überträgt seine Verrücktheit auf die Mutter, welche in engster Gemeinschaft mit ihren zwei Söhnen, fern von jedem anderen Verkehr, lebt und von diesen in jahrelangem Siechthum bis zu ihrem Tode verpflegt wird. Die beiden Söhne, von Geburt an schwachsinnig, nahmen die Erzählungen der Mutter von hoher Geburt und Reichthum als baare Münze, so dass sie bald nach dem Tode der Mutter in Conflict mit der Behörde und durch diese in die Irrenanstalt kamen. Hier wurden sie in getrennten Räumen untergebracht, verhielten sich aber in Geberden und Reden so gleichmässig, dass man die Beschreibung des Einen ohne Weiteres auf den Anderen anwenden kann. 3 Monate später kamen sie beide gleichzeitig mit derselben neuen Wahnidee heraus, die bei beiden bis in die Einzelheiten übereinstimmt und 4 Wochen danach haben beide in derselben Nacht die Erscheinung ihrer Mutter, ganz in Weiss. Diese Gleichmässigkeit noch nach Monaten der Trennung ist in der That sehr merkwürdig und sie erklärt sich nur durch die Annahme, dass durch die völlig gleichmässige Erziehung in den langen Jahren die Richtung der Geistesthätigkeit eine so gleichmässige geworden sei, um auch nach der Trennung in der gleichen Bahn fortzuwirken.

***Macpherson, J.*, Ein Fall von acuter Manie mit symmetrischer Gangrän der Zehen. — The Journal of ment. science. April.**

Ein 18j. Mädchen wird unter allen Erscheinungen einer acuten Manie aufgenommen, Erregung, Grössenideen, Ideenflucht, Verworrenheit. 3 Tage später erscheint sie kalt, Arme und Beine blutleer, mit blauen Flecken. Puls nicht fühlbar, dabei war sie benommen, zeitweise in leichtem Stupor, dann wieder rastlos. 4 Tage darauf nahmen die vorher bleichen und blutleeren Glieder ein congestionirtes Aussehen an; sie erschienen geschwollen, von dunkler Farbe; der Puls ist nicht fühlbar; das Aussehen der Kranken ist verfallen, sie verweigert die Nahrung und bewegt rastlos Arme und Kopf. Am folgenden Tage zeigen sich an den Zehen brandige Stellen, erst an dem einen, dann an dem anderen Fusse; die Kranke wird bewusstlos, das Athmen stertorös, der Zustand verzweifelt.

Von da ab besserte sich der Zustand und damit kehrte die maniakalische Unruhe zurück. Genesung nach 5 Monaten.

Dieser Symptomencomplex entspricht genau den Angaben *Raynaud's*: zuerst arterieller Krampf, dann venöse Stauung und endlich brandige Zerstörung. *R.* selbst legte grossen Werth auf die Verbindung mit nervösen Störungen und Verf. ist nicht abgeneigt, einen gleichen Process wie in den Extremitäten auch im Gehirn anzunehmen: Krampf der Arterien und venöse

Hyperämie und dementsprechend die comatöse Schlafsucht und dazwischen die Rastlosigkeit.

Buck, de, **Bericht über einen Fall von Neurasthenie traumatischen Ursprungs. — Annales et Bulletin de la société de médecine de Gand.**

B. beobachtete während des Jahres 1888 eine Kranke (Mädchen von 19 Jahren), die 3 Jahre zuvor eine Kopfverletzung ohne äussere Wunde durch einen 3 bis 4 Fuss hoch herabfallenden Kessel in der Gegend des rechten Scheitelbeins erlitten hatte und seitdem leidend war. Die Symptome, welche Patientin bot, waren sehr verschiedenartig, theils psychische (Schlaflosigkeit, Angstzustände, Hallucinationen, Gedächtnissschwäche für die Zeit nach dem Trauma, Willensschwäche), theils somatische (Amblyopie, Asthenopie, Hyperacusis, Schwäche der Extremitäten, Brustbeklemmungen, vasomotorische Störungen); dieselben hatten sich im Laufe der Zeit immer mehr gesteigert und zeigten schliesslich eine gewisse Beständigkeit. Die Behandlung war ohne Erfolg. Nach den Symptomen und dem Verlaufe musste die Diagnose auf Neurasthenie lauten, bei der die Entstehung nach einem Trauma bemerkenswerth erschien. Das Krankheitsbild entspricht der „Neurasthénie traumatique" *Charcot*'s.

Dinter, Joh., **Zwei Fälle von Einwirkung eines Gesichtserysipels auf bestehende Melancholie. — Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. No. 4.**

D. beobachtete auf der Irrenabtheilung des Dresdener Stadtkrankenhauses 2 Fälle von Melancholie mit grosser Angst und Hallucinationen bei 2 Frauen von 49 und 52 Jahren, die während der Psychose ein mit hohem Fieber verbundenes Gesichtserysipel bekamen. In dem einen Falle hatte dasselbe nur ganz vorübergehenden Einfluss während der Entfieberung; in dem anderen trat schon am Tage vor dem sichtbaren Ausbruch des Erysipels eine bedeutende Beruhigung ein und blieb während der Dauer des Fiebers bestehen. Mit dem Abfall des Fiebers erst wieder kurze Angstanfälle, bald aber allmälig innerhalb 8 Tagen eintretende Genesung.

Peterson, Fr., **Auszüge aus der Selbstbiographie eines Paranoischen. — The American Journal of Psychology. Vol. II, No. 2.**

Enthält Bruchstücke einer Lebensbeschreibung, die, so interessant sie auch ist, sich doch ihrer psychologischen Kleinmalerei halber zu einem Referate nicht eignet. Der Kranke war von jeher zur Selbstbeobachtung geneigt und ging allmälig durch hypochondrische Absonderlichkeiten zur religiösen Paranoia über, in welchem Zustande er nach 14 Jahren starb.

Derartige Krankengeschichten mögen an sich ganz interessant sein,

aber zumeist doch nur dann, wenn man den Kranken kennt und ein persönliches Interesse an ihm nimmt.

Gorsky, Zenaide de, Ueber puerperales Irresein. — Thèse de Paris. 1888. — *Schmidt*'s Jahrbücher.

Verf. hat eine Anzahl von Fällen zusammengestellt, in welchen bei Puerperalen, bez. Stillenden, irgend eine geistige Störung vorgekommen ist und bei welchen erbliche Belastung vorhanden war. *G.* schliesst, dass das Puerperium nur die Gelegenheitsursache ist, welche bei Beanlagten das Irresein zum Ausbruch bringt, während die eigentliche Ursache die „hérédité nerveuse" ist. Das Wochenbetts-Irresein ist nicht eine pathologische Art, sondern nur „un aspect délirant de la dégénérescence mentale".

S.

Kaarsberg, F., Fall von Geisteskrankheit nach Amputatio uteri supravaginalis. — Nord. med. Arkiv. Bd. XIX. Heft 4.

Eine stark hereditär belastete, 35jährige Pat., die an häufigen Anfällen von Rheumatismus, welche eine Herzkrankheit hinterlassen hatten, gelitten hatte, bekam nach einer Amputatio uteri fibromyomatosi mit Entfernung beider Eierstöcke sofort Fieber. Am 4. Tage p. operat. brach eine acute hallucinatorische Verwirrtheit aus. Während die Temperatur im Laufe von circa 14 Tagen wieder normal wurde, ging die Krankheit in eine ausgesprochene Stupidität über, die im Laufe einiger Monate wieder verschwand, so dass Pat. zur Zeit der Berichterstattung als geheilt anzusehen ist. — Eine Jodoformvergiftung ist in diesem Falle auszuschliessen.

S.

Guye, Beiträge zur Aprosexia nasalis. — Vortrag gehalten auf der Naturforscherversammlung zu Köln. Arch. f. Ohrenheilkunde. Bd. XXVII. Heft 4.

Vortragender erinnert an seinen Vortrag in der vorjährigen Versammlung zu Wiesbaden, in welchem er für die Störungen in der Gehirnthätigkeit, welche durch nasale Störungen veranlasst werden, den Namen Aprosexia vorgeschlagen hat, weil das Hauptsymptom ihm darin zu bestehen schien, dass der Pat. unfähig war, seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Gegenstand zu lenken. Dazu kommt dann Vergesslichkeit und verschiedene Grade von Kopfschmerz. Nach seinen späteren Erfahrungen glaubt er auch dem gehinderten Abfluss an Gehirnlymphe durch die verlegten Lymphgefässe der Nasenschleimhaut, auch in einer Reihe von Fällen den vasomotorischen Störungen eine Rolle beim Zustandekommen der Aprosexia zuschreiben zu müssen, hauptsächlich weil in diesen Fällen während des Anfalls eine circumscripte Röthung über der Nasenwurzel nachweisbar ist. In Betreff des Zusammenhangs zwischen Aprosexia und

Neurasthenie ist der Vortragende der Meinung, dass man nicht, wie Einige es wollen, die Aprosexia als Symptom der Neurasthenie auffassen soll, dagegen dieses allgemeine Leiden in manchen Fällen eine Disposition zu Aprosexia bewirkt. Er unterscheidet jetzt die physiologische Aprosexia als Folge von Ermüdung, die neurasthenische und die rein nasale Aprosexia, welche drei Formen sich in verschiedener Weise compliciren können.

4 Fälle von Aprosexia werden etwas ausführlicher beschrieben. In dem ersten Falle handelt es sich um einen jungen Mann, der seit mehreren Jahren Anfälle von Aprosexia vasomotorica hatte, hauptsächlich wenn er aus der Kälte in ein warmes Zimmer kam. Er konnte dann $^1/_4$—1 Stunde nichts auffassen oder begreifen und nichts im Kopfe behalten. Seine Ausbildung für verschiedene Carrièren war ihm dadurch unmöglich geworden. Nach lokaler Behandlung der Nase, unter anderem durch Cauterisation und Aussägen eines Stückes der Nasenscheidewand wurde der Pat. geheilt. In Fall 2 war ein Student schon seit ungefähr 2 Jahren durch Aprosexia behindert in seinem letzten Examen, welches wiederholt verschoben wurde. Nach einer lokalen Behandlung seiner Nase während einiger Wochen war er geheilt und machte mit gutem Erfolg sein Examen. Fall 3 galt auch einem Studenten, der nur durch Behandlung des Nasenrachenraumes geheilt wurde. Fall 4 war ein Knabe von 14 Jahren, welcher seit einem Jahre fast jeden Morgen mit Kopfschmerzen aufstand. Der Kopfschmerz wurde dann in der Schule schlimmer und der Lehrer schickte dann den Knaben meistens spaziren, weil er doch nichts lernen konnte. Er war einer psychiatrischen Consultation in Aussicht gestellt, aber mit einfacher Behandlung der Nase und des Nasenrachenraumes wurde Pat. in wenigen Wochen geheilt und hatte sogar vom ersten Tage der Behandlung an keinen Kopfschmerz mehr gehabt. Vortragender resumirt zum Schluss noch in einigen Worten seine Behandlungsmethode, welche hauptsächlich besteht in Auskratzen des Nasenrachenraumes, Cauterisation der Nasenschleimhaut, hauptsächlich der mittleren Nasenmuskeln mit Lapis und Einspritzungen. Bei sehr geringer Secretion der Nasenschleimhaut gibt er Jodkali innerlich, manchmal auch Liq. chlor. ferri sowohl innerlich als auch als Zugabe der Einspritzungen in die Nase 2—10 Tropfen auf ein Glas 1 pCt. Salzlösung.

G. will vor allem den Symptomencomplex hervorheben, weil es für Aerzte und Erzieher der Kinder so ausserordentlich wichtig sei, auf diesen Zusammenhang zwischen der Gedächtnisschwäche und Nasenkrankheit ihre Aufmerksamkeit zu richten. *S.*

***de Vries*, Autobiographie eines Hallucinanten. — Psychiatr. Bladen VI. 3 und 4.**

Die Biographie eines paranoischen Schullehrers wird mit ganz kurzem Commentar mitgetheilt.

Der *P.* trat nach der Entlassung eines andern Kranken mit der Behauptung auf, dass dieser aus der Entfernung seine Gedanken belausche

und raube, und schildert in einer Eingabe an eine Behörde ausführlich die Pseudohallucinationen und Sensationen, die er der Wirkung seines vermeintlichen Belauschers zuschreibt. Das Interesse der Publikation liegt in den sehr klaren Schilderungen dieser subjectiven Vorgänge, deren Einzelheiten sich einem Referat entziehen.

Das leider bisher nur sehr spärlich in der Literatur vorhandene Material an genau beobachteten Thatsachen auf dem Gebiet hallucinatorischer Zustände wird durch die Mittheilung bemerkenswerth bereichert.

Kurella.

***Ventra*, Zwangshandlungen auf Grund von Zwangsvorstellungen. — Il Manicomio moderno IV. 3.**

V. versteht unter dem nicht übersetzbaren Terminus „idea fissa impulsiva" Zwangsvorstellungen motorischen Charakters, die zu Zwangshandlungen führen, indem „die Vorstellung sich verschmilzt mit dem impulsiven Akt und mit ihm ein Ganzes bildet, das meist eine ernste, gefährliche Haltung darstellt". Nach eingehenden literarischen Vorbemerkungen giebt *V.* drei eigene Beobachtungen, aus denen er den Schluss zieht, dass diese impulsiven Zwangsvorstellungen Zeichen schwerer neurasthenischer Zustände sind, die sich sowohl in einer bis dahin normalen Psyche, wie bei originär degenerirten entwickeln können, und bei von Hause aus normalen Individuen die psychischen Zeichen einer erworbenen Degeneration darstellen.

V. hat in der Literatur nur 11 einschlägige Fälle gefunden. Sein erster Fall betrifft einen 24jährigen Zögling eines geistlichen Seminars, der, erblich nicht belastet, nach mehrjähriger Masturbation neurasthenisch ward, an Hemicranie litt, nicht mehr studiren, nicht mehr als eine Seite lesen konnte, bei Coitusversuchen impotent war, nach kurzer Besserung mit 24 Jahren in Folge ungewöhnlicher sexueller Excesse wieder neurasthenisch wurde; als er ein Mädchen in einem Schlachthause frisches Blut hatte trinken sehen, fühlte er einige Tage darauf bei Tisch den fast unwiderstehlichen Drang, seinen Bruder den Hals abzuschneiden, der Anfall endete mit heftigem Weinen, wiederholte sich aber jedesmal, wenn er ein Messer oder einen rothen Gegenstand sah, und führte zu anhaltender tiefer Depression. Nach zweimonatlicher Isolirung in einem Landhause Heilung. Nach der Heilung trat sehr bald für längere Zeit Neigung zu heftigem Herzklopfen auf, und drei Jahre später wurden ausgesprochene conträre Sexualempfindungen constatirt.

Der zweite Fall, der einer älteren, schwer belasteten Frau, zeigt eine Reihenfolge von Zwangsvorstellungen; nur eine, die das Kind der Schwägerin mit einem Messerstich in die pulsirende Fontanelle tödten zu müssen glaubte, hatte ausgesprochen impulsiven Charakter; die Kranke liess sich einschliessen, und schlug auf die Möbel, wenn der Impuls heftig auftrat; beim Anblick der Respirationsbewegungen einer Katze, die sie an die Fontanelle-Bewegungen erinnerten, schlug sie die Katze todt und brach dann in Thränen

aus, die ursprüngliche Impulsion wurde nun viel schwächer und verschwand nach $1^1/_2$ Monaten unter Isolirung und feuchten Einpackungen.

Im dritten Fall trat häufig die heftige Impulsion zu zwecklosen, an sich nicht unsinnigen Handlungen auf, dazwischen einmal der Trieb, sich zum Fenster heraus zu stürzen, ein andermal, die Schwester zu schlagen. Heilung nach kurzer Anstaltsbehandlung. *Kurella.*

***Gucci,* Ein Fall von Paranoia persecutoria. — Archivio italiano per le malatie nervose 1888. Heft 4.**

G. macht darauf aufmerksam, dass eine Paranoia secundär entstanden scheint, in Fällen, wo im Verlauf der Krankheit psychische Traumen eine Episode hervorrufen, die den Anschein einer Psychoneurose haben kann; besonders häufig kommt es unter dem Einfluss ungünstiger äusserer Einflüsse zu einer frühzeitigen Demenz des Paranoikers. *G.* illustrirt seine Darlegungen durch den, an sich wenig bemerkenswerthen Fall eines Paranoikers, in dem ein atypischer Verlauf durch übermässige geschäftliche Sorgen und ungewöhnlich heftige Excesse in venere veranlasst wäre.

Kurella.

***Lailler,* Ueber die Ernährungsfrage bei der Behandlung der Geisteskranken. — Annal. méd. psych. Jan.**

Der vorliegende Aufsatz beschäftigt sich hauptsächlich mit einer Besprechung solcher Nahrungsmittel, welche bei Geisteskranken zu empfehlen sind, die in Folge ihrer Wahnvorstellungen ungenügend Nahrung zu sich nehmen oder die Nahrung verweigern. Es kommen hier zunächst in Betracht die Peptone. Da die flüssigen Peptone ziemlich inconstant sind, so empfiehlt *L.* das trockne Pepton. 200 g trockenes Pepton entsprechen ungefähr 1 kg Ochsenfleisch. Als Unterstützungsmittel bei der Ernährung empfiehlt sich ein Peptonwein (Malaga 95,0, Pepton sicc. 5,0). Für Paralytiker empfiehlt sich das gehackte oder geschabte Fleisch entweder in Form einer Conserve oder Marmelade (geschabtes Fleisch 100,0, Zucker 40.0, Wein 20,0, aromat. Tinctur 5,0). Auch das Fleischpulver wird häufig angewandt und zwar in Dosen von 50—300 g. Da es nicht löslich ist, so wird es am besten in Verbindung mit Kartoffelpurée oder Chocolade gegeben. Bouillon, Blut, in Form der Trefazia haben wohl nur eine nebensächliche Bedeutung.

Die Milch verdient für sich allein oder mit andern Nahrungsmitteln angewandt zu werden, Kefir und Koumyss sind von *Saillet* bei Trinkern in Vorschlag gebracht worden. In den Eiern haben wir ein wichtiges Nahrungsmittel, doch genügen sie ebensowenig wie die übrigen für sich allein zu einer rationellen Ernährung. — Handelt es sich um Kranke, welche die Nahrung verweigern und welche mit der Schlundsonde ernährt werden müssen, so wird man eine flüssige Nahrung herstellen, die allen Ansprüchen einer genügenden Ernährung entspricht. Verf. empfiehlt pro

Tag 4 Eier, 2 Liter Milch, 250,0 Bordeaux, 30,0 Fleischpulver. Zur Ernährung per rectum verdienen die Peptone Empfehlung und zwar in folgender Form: Fleischpepton (gesättigte Lösung) 40,0 oder 2 Esslöffel, Wasser 125,0, Natr. bicarb. 0,3, Tinctura Opii gtt. III—IV. Der Lösung kann man noch etwas Zucker oder 10,0—15,0 Glycerin zusetzen und dieselbe 2 oder 3 mal am Tage wiederholen. Eine andere Verordnung ist folgende: Trockenes Pepton 3 Kaffelöffel, das gelbe eines Eies, Tinct. Opii gtt. V., Natr. bicarb. 0,5, Milch 125,0, Stärkemehl 5,0.

***Gordon*, Beitrag zur Wirkung des Paraldehyd. — Brit. med. journ. März.**

Verf. experimentirte an Fröschen und Menschen. Die Ergebnisse seiner Untersuchungen enthalten nichts neues und bestätigen die einschläfernde Wirksamkeit des Mittels, die Möglichkeit seines längeren Fortgebrauchs und die relative Unschädlichkeit desselben.

***Shick*, Ueber die physiologische Wirkung des Sulfonals. — J. of nerv. and ment. dis. Jan.**

Verf. kommt auf Grund seiner Versuche zu folgenden Ergebnissen.

1. Sulfonal verändert die Erregbarkeit der motorischen Nerven nicht.
2. Es verändert nicht die Muskelcurve.
3. Es lässt die sensorischen Nerven unberührt.
4. Es setzt die Reflexerregbarkeit lediglich herab durch die Einwirkung auf die Setchenow'schen Centren. Gelegentlich erhöht es die Reflexerregbarkeit.
5. Es wirkt als Narcoticum.
6. Der Puls wird meist etwas beschleunigt.
7. Die arterielle Spannung ist mit einigen Ausnahmen bedeutend erhöht.
8. Die Respiration wird verlangsamt.

Verf. glaubt hieraus den Schluss ziehen zu dürfen, dass das Sulfonal das Chloralhydrat zu ersetzen bestimmt sei, dessen schädliche Einwirkung auf Herz und Athmung es nicht besitze.

***Kisch*, Zur Casuistik der Sulfonalwirkung. — Berl. klin. Wochenschr. No. 7.**

Verf. erzielte unter 24 Fällen in 15 Fällen einen ungetrübten vollkommenen Erfolg, keinen Erfolg in 6 Fällen, unangenehme Zufälle in 3 Fällen. Die letzteren bestanden darin, dass bei einem an Schlaflosigkeit leidenden Individuum, welches zuvor einen apoplectischen Insult erlitten hatte, nach dem Gebrauche von 1,0 Sulfonal am nächsten Morgen Aphasie beobachtet wurde, die erst nach 8—10 Stunden verschwand. Bei einem Neurastheniker trat nach 3,0 eine bedeutende Verlangsamung des Pulses bis auf 38 Schläge in der Minute ein. Ein anderer 62jähriger an seniler Agrypnie leidender Mann fühlte sich nach 1,0 am nächsten Tage schläfrig,

wie betäubt, konnte nicht aufstehen und hatte in der Nacht eine Pollution, ein Ereigniss, welches seit 10 Jahren zum ersten Male statt hatte und unangenehm berührte. —

Loebl, Unangenehme Wirkung des Sulfonals. — Wien. med. Presse. No. 3.

Bei einer anämischen an Schlaflosigkeit leidenden Frau trat nach 1,0 Sulfonal kein Schlaf sondern nur ein Zustand von Betäubung ein. Am nächsten Abend wurde wieder 1,0 Sulfonal genommen. Es trat kein Schlaf ein, am nächsten Morgen fühlte sich Pat. übel, elend, hatte heftigen Kopfschmerz, Schwindel, Uebelkeit, Brechneigung. Der Puls war verlangsamt. Es bestanden Menses, doch sollen früher nie derartige Zustände bei der Menstruation sich eingestellt haben.

Garnier, Ueber das Sulfonal. — Annal. méd. psych. März.

Verf. veröffentlichte 17 Beobachtungen bei Geisteskranken und 3 bei Gesunden. Er lobt das Sulfonal als vorzügliches Hypnoticum, selbst in den Fällen wo Paraldehyd, Urethan, Chloral und Hypnon versagte. Er gibt es in Dosen von 2,0—5,0. Zuweilen wurde Schwindel, ein Gefühl von Trunkenheit und Unfähigkeit das Gleichgewicht einzuhalten beobachtet. Die calmirende Wirkung am Tage war unsicher. Bei Gesunden wurde der Schlaf verlängert und vertieft.

Adam, Ueber die Anwendung des Urethans als Hypnoticum bei Geisteskranken. — Annal. méd. psych. Jan. u. Sept.

Die Versuche wurden an geisteskranken Frauen angestellt. Dosis 1,0—5,0. Verf. empfiehlt das Mittel nicht nur bei functionellen Psychosen sondern auch bei organischen Erkrankungen des Gehirns. Es ist unschädlich und leicht anzuwenden.

Ott, Sulfonal. — Prager medic. Wochenschrift No. 40. 1888.

Verf. erzielte nach 1,0 Sulfonal bei nicht erregbaren Individuen mit vorübergehender Schlaflosigkeit ruhigen, die ganze Nacht dauernden Schlaf. Auch bei 5 schweren Neurasthenikern erzielte er durch 1,0 sicher aber nach 2,0 Sulfonal anhaltenden Schlaf. Das Mittel wurde vortrefflich vertragen und war, mit Ausnahme eines unangenehmen Gefühls von Müdigkeit nach dem Erwachen, ohne irgendwelche Nebenwirkung. In einem Fall von schweren Magenkatarrh mit Schlaflosigkeit trat nach 3,0 Sulfonal, welche die Patientin statt in 3 Dosen auf ein Mal nahm, Erbrechen mit Ohnmachtsanwandlung ein. In einem Fall schwerer Hysterie wirkte das Sulfonal, bis zu 3,0, erregend; es traten Angstzustände auf. Volle Wirkungslosigkeit des Sulfonals hatte Verf. in einem Fall äusserst intensiver Ischialgie gesehen. Die Neuralgie, welche namentlich Nachts sehr intensiv wurde,

blieb durch Sulfonal, bis zu 3,0, ganz unbeeinflusst; es erfolgte nicht der geringste Schlaf.

Verf. erklärt das Sulfonal als eine wesentliche Bereicherung des Arzneischatzes. *S.*

***Kronfeld* u. *Löwenthal,* Ueber die Wirkung des Sulfonals. — Wien. klin. Wochenschr. No. 2.**

Die Verff. stellten in der *Meynert*'schen Klinik ihre Versuche und Beobachtungen an. 220 Beobachtungen zeigten 142 Mal eine gute, 32 Mal eine mittelgute und 45 Mal eine schlechte Wirkung; also wirkte das Sulfonal in 79 pCt. als Hypnocticum.

Das Mittel wurde regelmässig um 7 Uhr Abends gegeben. Die Wirkung trat verschieden ein; es vergingen bis zum Einschlafen $^1/_2$—2 Stunden. Unangenehme Nachwirkungen wurden nicht beobachtet. Zuweilen wurde am andern Morgen über Eingenommensein des Kopfes und leichtes Schwindelgefühl geklagt. *S.*

***Titus,* M. D., Phoenix, Arizona, Sulfonal. — The medical Standard. Juni.**

Verf. glaubt sich für berechtigt zu halten, seine Erfahrungen über Sulfonal mitzutheilen, die allerdings merkwürdig genug sind. Er hat es in 3 Fällen von heftigster, maniakalischer Aufregung angewendet, wo die Kranken tobten und rasten, zu den störendsten Insassen der Anstalt gehörten und an einer Schlaflosigkeit litten, die allen andern Mitteln (Hyoscyamin, Chloralhydrat etc.) trotzten. Eine einmalige Gabe von 1,5 g verschaffte nach $^1/_2$ bis 1 Stunde Schlaf und eine solche Besserung, dass eine zweite Dosis in keinem Falle nothwendig wurde. Zwei genasen; der eine nach 2, der andere nach 3 Wochen und ein dritter, der über 3 Jahre in der Anstalt war und an chron. Manie litt, „wird zusehends besser, körperlich und geistig".

Und das Alles nach 1,5 Sulfonal?!

***Harriet, C. B. Alexander,* M. D., Dunning, Sulfonal. — The medical Standard. April.**

Enthält eine kurze Angabe über die Versuche, die in der Anstalt zu Dunning angestellt wurden. Sie bestätigen lediglich die bereits bekannten Ergebnisse über den Nutzen des Mittels bei einfacher Schlaflosigkeit, besonders auf anämischer Grundlage. Gewarnt wird gegen die Anwendung bei Herz- und Nierenleiden.

***Funajoli* und *Raimondi,* Sulfonal als Hypnoticum. — Arch. ital. per le malat. nerv. 1888. Heft 5 und 6.**

Sulfonal blieb bei graphisch registrirten Versuchen am Krötenherz (Apparat

von *Roy*) ohne Einfluss auf dessen Thätigkeit, während Chloral in gleich starker Lösung (1/4 pCt.) fast unmittelbar Herzstillstand in Diastole machte.

Klinische Versuche an 5 verschiedenen Formen von Psychosen, mit etwa 10 Dosen bei jedem Fall, ergaben, dass ein sicherer Effect erst bei 2 Gramm eintritt, dass der so erzielte Schlaf, wenn er in die Nacht fällt, beim Erwachen keine Benommenheit oder sonstige subjective Beschwerden zurücklässt, dass von Zeit zu Zeit jedoch auch grössere Gaben ganz versagen, und die individuelle Reaction auf das Mittel sehr verschieden ist. Depressive Zustände geben bessere Resultate, als exaltirte. *Kurella.*

Emerson, Justin E., Ueber unterschiedslosen Gebrauch von Bromsalzen bei Krankheiten des Nervensystems. — The american Lancet, Febr.

In diesem kurzen Vortrage warnt der Verf. vor der allzuhäufigen und verkehrten Anwendung des Kali brom. bei jeder Art nervöser Störung ohne Unterschied der Form und Ursache. Allerdings habe sich der Enthusiasmus, der die Einführung des Mittels in die Therapie anfangs begleitete, allmälig vermindert und man begnügte sich mit der Anwendung auf nervöse Störungen; hier aber herrsche es noch unbeschränkt und man könne für den Missbrauch nicht allein die gewöhnlichen Practiker verantwortlich machen; auch die Specialisten machten sich des gleichen Fehlers schuldig. — Das Kali brom. sei nicht so unbedenklich, als es den Anschein habe und die Meisten glauben. Zum mindesten ändere man sich das Krankheitsbild und schaffe Zustände, die den wirklichen Krankheitscharakter verdunkeln. Dann aber setzt Bromkali die Ernährung herab und ist jedenfalls in allen Fällen zu verwerfen, wo die Ernährung des Centralnervensystems ohnehin darnieder liegt und eher eine Verbesserung verlangt.

Der Fall, den *E.* für seine Ansicht anführt ist insofern nicht sehr geeignet, als der Patient überhaupt kein Kali brom. erhalten hat.

Die Discussion, die sich an diesen Vortrag knüpfte, ist ohne wesentliches Interesse.

Drapes, Th., Hyoscin bei Geisteskrankheiten. — The british medical Journal. 24. April.

Verf. lobt die Wirkung des Hyoscin als ebenso sicher, als rasch und ungefährlich und führt eine Anzahl von Beispielen an, wo ihm das Mittel von Nutzen war. Er wendet es bei allen Aufregungszuständen von Geisteskranken an, bei wilden Delirien maniakalischer Kranker, bei chron. Manie, nächtlicher Unruhe u. dergl. Er bedient sich ausnahmslos der Einspritzungen und zwar 1/3 bis 1/2 mg Hyoscin hydrobrom. Nach 10 bis 20 Min. trat Ruhe und meist auch ein längerer Schlaf ein; mit Ausnahme einer gewissen Benommenheit, worüber hin und wieder geklagt wird, sind keine nachtheiligen Folgen beobachtet worden. — Wenn trotzdem H. noch verhältnissmässig

selten angewendet werde, so dürfte dies wohl seinen Grund in einer Verwechselung mit Hyoscyamin, das allerdings von schädlichen Nebenwirkungen nicht frei ist, haben. Dem Hyoscin dagegen gebühre der Vorrang vor allen ähnlichen Mitteln, auch vor dem Morphium.

***Klinke, O.*, Hyoscin bei Geisteskranken. — Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. No. 7.**

Unter Angabe der Literatur über Hyoscin macht *K.* Mittheilung über die Resultate mit Hyosc. hydrojod., wie sie in der Heilanstalt Leubus gewonnen wurden. Die Dosis war allmälig gesteigert, 2 bis $2^1/_2$ mg subcutan, bis 3 mg innerlich. Es wurde angewandt bei Melancholie (8 Fälle), Manie (7), periodische Manie (2), Paralyse (18), Paranoia (4), hallucin. Verwirrtheit (10), Erschöpfungspsychose (1), Blödsinn (3), Katatonie (5). Am besten wirkt das Mittel bei Aufregungszuständen der Manie und Paralyse, wenig bei Melancholie. Die interne Anwendung ist nach *K.* der subcutanen vorzuziehen wegen der mit der schnelleren Wirkung der letzteren häufig eintretenden unangenehmen Nebenerscheinungen, welche *K.* auch an sich selbst beobachtete: Trockenheit im Halse, motorische Unruhe, Illusionen und Hallucinationen des Gesichts, Eingenommensein des Kopfes, Schwere in den Gliedern. Die Wirkung war bei interner Darreichung in 78 pCt., bei subcutaner in 63 pCt. schlaferzeugend, in 17 pCt. resp. 15 pCt. mehr oder weniger beruhigend, in 5 pCt. resp. 22 pCt. = 0.

***Ruland*, Hyoscinum muriaticum in der psychiatr. Praxis. — Psychiatr. Bladen VI. Heft 3 und 4.**

Ein Bericht über 105 Hyoscin-Injectionen bei 38 Patienten, in Dosen von 0,8 bis 2 mg, von denen nur 3 Dosen ohne erheblichen Erfolg blieben: im allgemeinen vergingen 15 bis 20 Minuten, ehe bei den ausnahmlos unruhigen Patienten volle Beruhigung eintrat; in einem Falle, einer agitirten Melancholie, geschah das schon in 3 Minuten, bei Frauen war die Wirkung immer eine relativ späte, oft erst nach 30 Minuten, die erzielte Beruhigung hielt selten länger als einen Tag an, meist eine Anzahl von Stunden, in einem Fall 7 Tage.

Der Beruhigung folgte aber nur selten Schlaf, und zwar meist kein tiefer Schlaf. Die Pulsfrequenz stieg meist bald nach der Injection, nahm weiterhin beträchtlich ab; so stieg in einem Fall die Pulsfrequenz binnen 70 Minuten von 112 auf 120, um nach weiteren 30 Minuten auf 96 zu sinken.

Ungünstige Nebenwirkungen hat *R.* nie wahrgenommen, ebenso wenig einen accumulativen Effect oder eine schnelle Gewöhnung; *R.* empfiehlt Hyoscin zu geben, wenn man mit erregten Kranken reisen muss.

Kurella.

7. Paralyse und Geistesstörungen mit Syphilis. Referent: Kirn-Freiburg.

Hansen **(Schleswig), Zur Kenntniss der allgemeinen fortschreitenden Paralyse. Vortrag. — Der Irrenfreund. 30. Jahrgang. No. 9 u. 10.**

Hansen entwirft hier in einem für practische Aerzte bestimmten Vortrage ein sehr anschauliches Bild der allgemeinen Paralyse, welches in kurzen Zügen die moderne Auffassung dieses Leidens wiedergibt.

Er beginnt mit einer historischen Einleitung, definirt alsdann das Wesen der Paralyse. Zur Aetiologie übergehend, betont er die geringere Wichtigkeit der Heredität, dagegen die grosse Bedeutung der erworbenen Schwäche durch Excesse und Syphilis, ferner diejenige des mittleren Lebensalters und des männlichen Geschlechtes. Nach einem Ueberblick über den anatomischen Befund schildert er kurz und präcis das klinische Bild der klassischen Form der Paralyse, sowie deren Verlauf mit Hervorhebung der Bedeutung der paralytischen Anfälle, sowie der Seltenheit der Hallucinationen. Schliesslich giebt er einen zutreffenden Ueberblick über Diagnose, Prognose und Therapie dieses unheilvollen Krankheitszustandes.

Der bei aller Kürze inhaltreiche Vortrag ist wohl angethan, dem Practiker reichliche Belehrung zu spenden und über einen Krankheitszustand aufzuklären, dessen Kenntniss noch lange nicht ärztliches Gemeingut geworden ist.

Greppin **(Basel), Casuistische Mittheilungen über die progressive Paralyse bei den Frauen. — Bericht über die Irrenanstalt Basel. 1888.**

Im Jahrzehnt von 1876 bis 1885 wurden nur 10 paralytische Frauen aufgenommen, dagegen während der letzten drei Jahre — nicht weniger als 12. Dies Missverhältniss erklärt sich zum Theil wenigstens aus der Eröffnung der neuen Anstalt, mit der Möglichkeit, den Aufnahmsgesuchen zu entsprechen. Immerhin ist die Thatsache auffällig, dass in dem erwähnten Decennium die Zahl der paralytischen Frauen nur 2,29 pCt. sämmtlicher frischen weiblichen Aufnahmen ausmacht, in den letzten 3 Jahren aber 5,26 pCt.; bei den Männern ist im gleichen Zeitraum nur eine kleine Zunahme von 11,3 pCt. auf 12,1 pCt. festzustellen.

Verf. theilt uns 12 Krankenskizzen, zum Theil mit kurzem autoptischen Befunde, mit, die in Anbetracht der immer noch nicht sehr grossen Zahl analoger Veröffentlichungen nicht ohne Interesse sind. Aus denselben mögen folgende Daten hervorgehoben werden: Es handelt sich in allen Fällen um verheirathete, zumeist mit Kindern gesegnete Frauen; nur zwei waren bestimmt erblich belastet. Charakteristischer Weise war eine Frau

zur Zeit der Anstaltsaufnahme erst 29, eine 34 Jahre alt, 4 standen im Alter zwischen 40 und 50, 5 zwischen 50 und 61 Jahren; also überwogen gegenüber den männlichen Paralytikern bedeutend die höheren Lebensalter. Nur eine (und zwar die jüngste!) Frau war bestimmt (autoptisch erwiesen) syphilitisch, eine zweite — wahrscheinlich. Es litten nicht weniger als 7 der Erkrankten an der dementen, nur 5 an der expansiv-agitirten Form.

Verf. stellt eine eingehendere, namentlich auch pathologisch-anatomische Arbeit über das gleiche Thema in baldige Aussicht.

Handford (Nottingham), **Fälle von allgemeiner Paralyse der Irren. The Lancet. December 1888. Centralblatt für Nervenheilkunde No. 7.**

Da die allgemeine Paralyse im Wesentlichen anatomisch begründet ist anfangs durch eine Hyperämie in der Rinde des Vorderhirns und später durch eine diffuse chronische Meningoperiencephalitis, welche zur Rindenatrophie führt, so darf es uns nicht Wunder nehmen, dass auch Meningitis, Myelitis und andere ähnliche Erkrankungen ihren Ausgang in Paralyse nehmen können.

Verf. theilt, um oben mitgetheilte These zu beweisen, fünf Krankheitsgeschichten mit der entsprechenden Genese mit. Nur waren in diesen Fällen die Störungen der Intelligenz vor dem Auftreten der motorischen Erscheinungen weniger ausgesprochen, als dies bei dem gewöhnlichen paralytischen Irresein in der Regel beobachtet wird.

Ascher (Dalldorf), **Beitrag zur Kenntniss des Verlaufs und der Aetiologie der allgemeinen Paralyse. — Allg. Zeitschrift für Psychiatrie etc. Bd. 46, H. 1, p. 1.**

Verf. theilt in eingehender und fleissiger Arbeit die statistischen Ergebnisse über die 643 männlichen Paralytiker mit, welche seit dem achtjährigen Bestehen Dalldorfs daselbst zur Aufnahme kamen.

Alle Stände waren darunter vertreten, nur die wohlhabenden Klassen ausgeschlossen. Zwei Drittel der Fälle gehörten dem kräftigsten Mannesalter von 35—50 Jahren an; die höchste Sterbeziffer wurde zwischen 40 und 45 Jahren erreicht.

Die Durchschnittsdauer der Erkrankung betrug 26, die der Anstaltsbehandlung 14½ Monate.

Der Form nach war die demente Form die häufigste, die vorwiegend depressive die seltenste. Die mit intensiven Exaltationszuständen verbundenen Erkrankungen verliefen am schnellsten.

Erbliche Anlage war bei 31 pCt. (viel häufiger von Seiten des Vaters), vorausgegangene Lues bei 34,7 pCt. (diese verfrüht den Ausbruch der Er-

krankung und beschleunigt deren Verlauf), Alkohol-Uebergenuss bei 37 pCt., endlich Trauma capitis bei 9 pCt. nachweisbar.

Leppmann, **Progressive Paralyse und peripheres Trauma. — Breslauer ärztliche Zeitschrift. No. 9.**

L. sucht in seinem Aufsatze die practisch wichtige Frage zu beantworten, ob eine bedeutende periphere Verletzung das ursächliche Moment für eine später aufgetretene paralytische Seelenstörung werden könne.

Entsteht auch die progressive Paralyse in der Regel nicht durch eine einzige Schädlichkeit, sondern als das Resultat einer Summe verschiedenartiger Schädlichkeiten, welche im Laufe der Zeit auf das Centralorgan direct oder indirect eingewirkt haben, so gibt es doch erfahrungsgemäss bestimmte Noxen, welche auch bei isolirter Einwirkung die Erkrankung hervorzurufen vermögen: 1. Kopfverletzungen von directen nervösen Erscheinungen gefolgt. 2. Untergrabung der Körperconstitution durch Luës oder chronischen Alcoholismus. 3. Eine von Geburt oder von Jugend auf bestehende geistige Inferiorität. Diese drei Momente müssen ausgeschlossen werden, ehe man ein etwaiges peripheres Trauma anschuldigen könnte.

Der Einfluss eines solchen Trauma würde vermittelt entweder durch Schreckwirkung, oder durch Schwächung der Köperconstitution oder endlich durch Schmerz, Schlaflosigkeit und psychische Depression. Besonders in Betracht kommen Verletzungen grösserer, namentlich sensibler Nerven und des Rückenmarks.

Verf. konnte unter einem grossen Materiale nur 3 verdächtige Fälle auffinden. Den ersten hält er selbst wegen unerwiesener Causalität nicht für überzeugend. Der zweite Fall betrifft einen zuvor gesunden, nicht belasteten Mann, welcher durch Sturz vom Pferde eine schwere Erschütterung des Rückenmarks erlitt, in der Folge rückenmarksleidend und später paralytisch wurde. Hier wird die ätiologische Abhängigkeit beim Fehlen anderer Ursachen für erwiesen betrachtet.

Der dritte, für die Behörden eingehend begutachtete Fall betrifft einen auf keine Weise prädisponirten Officier, welcher im Feldzuge eine schwere Schussverletzung in die linke Brustseite mit Schädigung des Armnervengeflechtes erlitten hatte. Das folgende schwere körperliche Siechthum mit langjähriger schmerzhafter Nervenaffection in Verbindung mit der Gemüthsdepression ob der abgeschnittenen Carriere müssen hier — da andere Ursachen, wie namentlich Syphilis und Potus ausgeschlossen werden können — als vollständig ausreichend erachtet werden, im Laufe der Jahre das schleichend entstandene chronische Gehirnleiden zu erzeugen, welches sich unter dem bekannten Krankheitsbilde der allgemeinen Paralyse offenbarte.

Verf. hält durch seine Fälle den Beweis für erbracht, dass ein peripheres Trauma, wenn auch selten, das ätiologische Moment der progressiven Paralyse bilden kann.

Rottenbiller (Budapest), Temperaturbeobachtungen bei Paralytikern. — Centralblatt für Nervenheilkunde, Psychiatrie etc. No. 1 u. 2.

I. Allgemeine Verhältnisse. Verfasser giebt zunächst eine Uebersicht über die bisherigen Kundgebungen in seinem Thema. *L. Meyer* hält die allgemeine Paralyse für eine chronische fieberhafte Krankheit (im Wesentlichen Meningitis); die Erregungszustände lassen sich direct auf Fieberexacerbationen zurückführen, mit relativ höherer Temperatur des Kopfes. *Wachsmuth* fand bei seinen Paralytikern nur eine geringe Temperaturerhöhung, die sich auf anderweitige krankhafte Vorgänge zurückführen liesse. *Albers* fand relativ höhere Kopftemperaturen — um ½—1½° R. *Krafft-Ebing* führt extreme Temperatursteigerung der Paralytiker auf schwere Störung des vasomotorischen und wärmeregulirenden nervösen Centrums zurück. *Westphal* bestätigt zwar die bedeutenden Temperaturschwankungen, bestreitet aber durchaus die Abhängigkeit tobsüchtiger Aufregung von solchen. *Wolff* bezieht wieder die erhöhte Temperatur der Paralytiker direct auf das chronische Gehirnleiden. *Krömer* erklärt die Allgemeintemperatur der Paralytiker für tiefer als die gesunder Menschen, während er die höhere Temperatur maniakalischer Paralytiker direct auf die beständige Agilität zurückführt. *Reinhard* beobachtete vielfache, aber durchaus atypische Temperatursteigerungen. Diese coincidiren oft mit Erregungszuständen, gehen ihnen aber in der Regel Stunden lang voraus. Die pathologischen Temperaturverhältnisse hängen zumeist direct von dem centralen Leiden ab. *R.* hält die Erregungen für febrile Symptome; er erkennt der Temperatursteigerung der Paralyse eine grosse diagnostische Bedeutung zu. *Maccabruni* hat dagegen keine Temperaturerhöhung in den Exaltationsstadien beobachtet, dagegen sehr häufig subnormale Temperaturen. Nach *Savage* ist die Temperatur in den früheren Stadien der Paralyse wenig oder gar nicht erhöht, zur Zeit von Anfällen und in späteren Stadien besteht Erhöhung meist unregelmässiger Art.

Verf. hat bei 33 Paralytikern die Temperaturverhältnisse 6 Monate lang beobachtet mit folgendem Ergebniss: Subnormale Temperaturen sind bei der progressiven Paralyse überwiegend häufig, besonders schwankte die Morgentemperatur zwischen 35,5 und 36,5° C.; die Abendtemperatur war meist höher, die höchste aber nicht selten die Mittagstemperatur. Die Tagesschwankungen waren bedeutend, oft mehr als 1°, — infolge der niederen Morgentemperatur.

Verf. hält diese subnormalen für die eigentlich normalen Temperaturen der Paralyse, Temperaturen von 37—37,8 bereits für fieberhaft.

Episodische Temperaturerhöhungen, auf keinen äusseren Grund zurückführbar, meist auf 37,9—38,8, aber auch über 39° C. ansteigend, wurden in fast allen Fällen beobachtet, und zwar Mittags oder Abends, zumeist nur 1 mal, aber auch an manchen Tagen nach einander je 1 mal; dabei ist die äussere Haltung der Kranken in der Regel nicht geändert. Diese Zustände

sind wohl auf Functionsstörungen der vasomotorischen und wärmeregulirenden Centren zurückzuführen.

Verf. stellt folgende Thesen auf:

1. Die Temperatur der Paralytiker weicht von der Norm ab und zwar ist sie überwiegend subnormal.

2. Es zeigen sich bedeutende Tagesschwankungen.

3. Es treten episodische, gänzlich unmotivirte, zumeist nur kurze Zeit andauernde, Temperatursteigerungen auf, welche zeitweilig auch eine Höhe von über 40° C. erreichen können.

II. Paralytische Anfälle verursachen bedeutendere Temperaturerhöhungen. Die Ansicht der Autoren über letztere schwanken sehr. *Westphal* stellt deren Abhängigkeit von den Anfällen durchaus in Abrede, bezieht sie vielmehr auf gleichzeitig vorhandene Affectionen des Respirationsapparats (Pneumonie und Bronchitis), die allerdings häufig, aber doch nicht immer gefunden werden. *Simon* schliesst sich *W.*'s Anschauung an. *Huppert* hat auch Anfälle ohne Temperaturerhöhung beobachtet. *Fürstner* findet ein Analogon zwischen der Temperaturerhöhung der paralytischen Anfälle und der Pachymeningitis haemorrhagica, bei welcher dieselbe zu den constanten Symptomen gehört. *Krömer* hat stets bedeutende Temperatursteigerungen gefunden und zwar um so höher, je intensiver die Krampferscheinungen hervortraten. *Reinhard* fand constant die Temperatursteigerung den Anfällen, um mindestens 6 Stunden, vorausgehend; je intensiver die Anfälle, um so höher stieg die Temperatur. Aehnliches berichtet *Savage.*

Verf. hat während der Zeitdauer seiner Messungen bei 4 Patienten paralytische Anfälle, theils einzeln, theils cumulirt beobachtet. Stets bestand bei denselben Temperatursteigerung bis 39,9° C. Einige Stunden nach den Anfällen sank die Temperatur, am folgenden Tage stellte sich subnormale Temperatur bis 35,5° C. ein, die nach 1—2 Tagen wieder langsam zur Norm anstieg. Endeten die Anfälle tödtlich, so sank die Temperatur nach denselbeu nicht, stieg vielmehr noch fortwährend oft weit über 40° C.

Temperatursteigerung war stets vorhanden, aber ihr Beginn und ihre Höhe verschieden. Oft begann die Steigerung im Anfang der Anfälle, in anderen Fällen erst nach einigen Stunden, während unmittelbar nach dem Eintritt noch subnormale Temperatur bestand. Die Steigerung betrug bald nur einige Zehntel, bald ging sie über 39, ja über 40° C.

Temperaturdifferenzen zwischen der convulsiven und der freien Seite wurden zwar beobachtet — sie waren aber durchaus regellos.

III. Tiefe Temperatursenkungen bei Paralytikern, früher schon von *Hebold* und *Hitzig* mitgetheilt, hat Verf. in 4 Fällen beobachtet. Der erste Kranke, dement und ruhig, aber in hohem Grade abgemagert und erschöpft, zeigt während 3 Wochen zumeist Temperaturen zwischen 35

und 36,5° C., in der letzten Lebenswoche Morgens 34,4—34,8° C., Abends 35,7—36,4° C., am 4. Tage vor dem Tode 34,2 und 35° C., am Tage vor dem Tode 32,2 und 31,8° C., endlich am Todestage selbst 28,8 und 27,4° C. Der zweite Kranke, hochgradig aufgeregt aber vollständig erschöpft, bot 3 Wochen vor seinem Tode Temperaturen bis 39,8° C., dann normale, in der Folge subnormale Temperaturen, 3 Tage vor seinem Tode 34,8 und 35,8° C., folgenden Tags 34,2 und 32° C., dann 31,3 und 32° C., endlich am Todestage 32 und 30,8° C. Der dritte Kranke, durch tobsüchtige Aufregung und cumulirte paralytische Anfälle hochgradig heruntergekommen, zeigte, mit Ausnahme der Zeit der Anfälle, stets subnormale Temperaturen, am Todestage 34,5 und 32,5° C. Der vierte Kranke, durch chronische profuse Diarrhöen ausserordentlich erschöpft, hatte in der letzten Lebenswoche subnormale Temperaturen, am Tage vor seinem Tode 34,2° C., am Todestage 32,2 und 33,1° C. In allen diesen Fällen übte die hochgradige Erschöpfung und Inanition einen wesentlichen Einfluss aus, weiter kommen hier in Betracht die Unbeweglichkeit und horizontale Lage, ferner die Kälte (durch Unbedecktsein); auch centrale Ursachen können mitgewirkt haben.

IV. Die agonale Temperatur ist bald tief gesunken, bald bedeutend erhöht, letzteres namentlich nach cumulirten paralytischen Anfällen. Verf. beobachtete 14 mal Agonie-Temperaturen und zwar 6 mal sehr tief, 7 mal sehr hohe (bis 41,1° C.), die auch nach dem Tode anhielt, 1 mal normale Temperatur. Die agonale Temperatursteigerung ist wohl direct auf das Gehirn zurückzuführen.

Gerlach (Königslutter), Ueber Veränderungen der normalen galvanischen Erregbarkeit bei Dementia paralytica. — Archiv für Psychiatrie etc. Bd. XX. H. 3. p. 645.

Verf. führte bei 17 ausgesprochenen Paralytikern beiderlei Geschlechts fleissige galvanische Untersuchungen — nach *Erb*'s Methode und nach der *Brenner*'schen Formel aus. Die Explorationen mussten auf KSZ, ASZ und AÖZ beschränkt werden.

Geprüft wurden Stirnnaht und der mittlere Ast des N. facialis, N. accessorius, ulnaris und peroneus beiderseits.

Die erhaltenen Resultate sind von keiner grossen positiven Bedeutung.

Die Befunde an den N. faciales weniger fortgeschrittener Kranken mit ungleicher Gesichtsinnervation führten zu keinem constanten Ergebniss, nur selten tief herabgesetzte Erregbarkeit mit Parese zusammen. Nur bei Paralytikern im Endstadium war die Erregbarkeit absolut herabgesetzt.

Noch unbestimmter war das Resultat am N. accessorius.

Die Ergebnisse bei den Rückenmarksnerven waren verschieden, je nach dem klinischen Befunde. Bei vorwiegend spastischer Paralyse war in den ersten Stadien die elektrische Erregbarkeit (zunächst allerdings ganz un-

gleichartig) herabgesetzt, in den Endstadien dagegen in der Regel wieder zur Norm angestiegen, hatte dieselbe wohl auch überschritten. Bei den nicht spastischen Fällen war der elektrische Befund in keiner Weise geregelt.

Nirgends war Verf. im Stande Entartungsreaction nachzuweisen.

Das Resumé der Untersuchungen ist kurz folgendes:

„Die Dementia paralytica führt zwar in vielen Fällen zu Veränderungen der normalen galvanischen Erregbarkeit an den peripheren Nerven, diese können aber höchstens in einer beschränkten Anzahl von Fällen eine diagnostische Verwerthung finden."

***Boccolari* und *Borsari* (Modena), Ueber die elektrische Erregbarkeit bei der allgemeinen Paralyse der Irren. Vorläufige Mittheilung. — Rivista sperimentali di Freniatria. B. XV, Heft 1.**

Verf. berichten über elektrische Prüfungen, welche sie an 13 Paralytikern (9 Männern und 4 Frauen) vorgenommen haben. Untersucht wurde die galvanische und faradische Erregbarkeit und der elektrische Widerstand, die Schmerzempfindlichkeit, sowie das Verhalten gegenüber dem Dynamometer. Geprüft wurden die Nervi frontales, cubitales, peronei, sowie die Musculi bicipites brachiales.

Die Ergebnisse der Untersuchungen werden in folgenden Sätzen zusammengefasst:

1. Die galvanische Nerven-Muskelerregbarkeit ist in der Mehrheit der Fälle, im Vergleiche mit gesunden Individuen, herabgesetzt.
2. Die Erregung vollzieht sich im Allgemeinen nach der Ordnung der normalen Contractionsgesetze.
3. Nicht selten ist die KaCS im Vergleiche mit der AnCS gedehnt.
4. Die Form der Stösse ist in der Regel langsam und im Vergleiche wenig lebhaft.
5. Nach Ruhe von einigen Minuten zeigt der Nerv eine successiv gesteigerte Erregbarkeit.
6. Der elektrische Widerstand ist im Vergleich mit gesunden Individuen zumeist gesteigert. Er kann am Kopfe, aber auch nur an diesem 2000, unter Umständen sogar bis 4000 Ohms überwinden.
7. Der Widerstand des Körpers zeigt gewöhnlich während des Durchgangs des Stromes eine stufenweise Verminderung während eines bestimmten Zeitintervalles.
8. Fast immer steht die Höhe der Erregbarkeit im umgekehrten Verhältniss zu der des Widerstandes.
9. Die faradische Muskelcontractilität ist im Allgemeinen herabgesetzt.

Wendt **(Berlin), Ein Fall von Dementia paralytica mit Uebergang in Genesung. Vortrag. — Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie etc. Bd. 46, H. 1, p. 77.**

Vortrag. theilt in eingehender Weise einen wegen seiner grossen Seltenheit hochinteressanten Fall mit, bei welchem nach dreijährigem Prodromalstadium während 3 Jahre das vollkommen charakteristische Krankheitsbild der allgemeinen Paralyse (paralytische Muskelschwäche, Pupillenstörungen, blödsinnige Geistesschwäche mit Grössenwahn etc. etc.) bestanden hatte, dann Remission eintrat, welche bald zu einem Zustand fortschritt, dem alle Charaktere der Genesung zu eigen sind. Diese besteht seit nunmehr 13 Jahren der Art, dass der frühere Patient seit 9 Jahren erfolgreich seinem ärztlichen Berufe lebt.

Marandon de Montyel, **Mordversuche im Prodromalstadium der allgemeinen Paralyse. — Annales d'Hygiène publique. 1888. 3 S. XX. 2.**

Tödtungen oder Tödtungsversuche werden bekanntlich von Paralytischen nur selten ausgeführt. Es kommt bei ihnen wohl öfter in Folge der krankhaften Rücksichtslosigkeit und Reizbarkeit zu Zornausbrüchen, welche zur Verletzung Anderer führen können, aber höchst selten zur Ausführung eines kühl überlegten Mordes. Diese Erfahrungen bestätigen auch die beiden vom Verfasser mitgetheilten Fälle, welche durch grosse geistige Schwäche in Verbindung mit Reizbarkeit gekennzeichnet sind.

Der erste Kranke, ein Hausirer, war in der Absicht zu stehlen, blöder Weise in das Haus armer Leute eingedrungen. Er verlangte einem ihm daselbst begegnenden Mädchen in alberner Weise Geld ab; als dieses fliehen wollte, schlug er es nieder, und wand ihm dann, als es betäubt dalag, ein abgeschnittenes Stück Waschleine um den Hals, um es zu würgen; aber nur so schwach, dass keine Spur von Einschnürung am Halse sichtbar war. Nach einem alsdann vorgenommenen erfolglosen Raubversuche setzte er sich ruhig in das Kaffeehaus, um zu spielen.

Verhaftet, wurde er in folgender Nacht tobsüchtig und anstandslos als Paralytiker erkannt.

Der zweite Kranke, aus guter Familie, hatte am hellen Tage auf öffentlichem Platze auf einen seiner besten Freunde geschossen. Er gab dem untersuchenden Arzte in lebhafter Erregung an: „er habe jenem Freunde seinen Penis, den schönsten im Lande, für dessen Hochzeitsnacht geborgt, dieser habe ihn aber behalten und ihm dafür einen falschen schlechten Penis gegeben; deshalb habe er auf ihn geschossen.“ Patient hatte thatsächlich gleichzeitig mit der Hochzeitreise des Freundes seine Erectionsfähigkeit verloren. Auch hier konnte leicht die Diagnose auf progressive Paralyse und zwar bei einem schon zuvor heftigen und reizbaren Menschen gestellt werden.

***Baillarger*, Soll man in der Classification der Geisteskrankheiten der allgemeinen Pseudoparalyse einen besonderen Platz anweisen? — Annal. médico-psycholog. März.**

Man findet unter den chronischen Verrückten und Dementen der Irrenanstalten langjährige Pfleglinge, welche anfänglich als Paralytiker zumeist mit expansivem Grössenwahn geführt worden waren und die bei der Autopsie durchaus kein paralytisches Gehirn aufweisen. Da einfache Irrthümer in der Majorität dieser Fälle auszuschliessen seien, so folge aus dieser Beobachtung, dass manche Kranke eine Zeit lang das Bild der allgemeinen Paralyse böten, ohne wirklich Paralytiker zu sein; diese müsse man als „Pseudoparalytiker" bezeichnen. Diese Pseudoparalyse müsse keineswegs nothwendig alkoholischen, syphilitischen oder saturninen Ursprungs sein.

Da die entwickelte allgemeine Paralyse übereinstimmend als unheilbar und tödtlich betrachtet wird, so liegt es nahe, dass es sich in den vereinzelten, zum Theil sehr schweren Fällen, welche Genesung fanden, nicht ächte, sondern um falsche Paralyse gehandelt habe. Leider reicht aber bis heute die differentielle Diagnostik nicht aus, um diese Fälle von Anfang an auszuscheiden. Auf dem Grenzgebiet stehen weiter Fälle mit diffusem, incohärentem Grössenwahn und Ungleichheit der Pupillen aber ohne Sprachstörung.

Die Pseudoparalyse steht aber in nahem verwandtschaftlichen Verhältnisse zur ächten Paralyse und kann leicht in dieselbe übergehen, dies beweisen namentlich nicht gerade seltene Fälle von alkoholischer Pseudoparalyse, welche nach ein- oder mehrmaliger Genesung schliesslich doch ihren fatalen Ausgang in unheilbare ächte allgemeine Paralyse nehmen.

Baillarger resümirt schliesslich seine Anschauungen in folgenden Hauptsätzen:

1. Es wird zweifellos eine Pseudoparalyse beobachtet, welche eine Zeit lang alle Erscheinungen der ächten Paralyse aufweist.

2. Diese Erkrankung führt entweder zur Genesung oder zur einfachen Dementia ohne Lähmung.

3. In ziemlich vielen Fällen sind die Genesungen nur zeitweilige. Die Kranken sterben schliesslich doch, wenn nicht an acuten Gehirnanfällen, unter dem ausgesprochenen Krankheitsbilde der ächten allgemeinen Paralyse.

4. Die allgemeinen Pseudoparalysen mit Grössenwahn unterscheiden sich von den einfachen Psychosen — durch den Charakter des Deliriums, durch gehemmte Sprache und zumeist ungleich weite Pupillen, endlich durch die ernste Prognose — indem nach temporärer Genesung nicht selten ächte allgemeine Paralyse eintritt.

Es gebührt deshalb der Pseudoparalyse ein besonderer Platz bei der Classification der Psychosen.

***Rey*, Erscheinungen der allgemeinen Paralyse bei einem Alkoholiker. Keine Läsion der Paralyse bei der Autopsie. — Annal. méd.-psycholog. März.**

Das wesentliche Interesse des mitgetheilten Krankheitsfalles liegt in der differentiellen Diagnose zwischen der alkoholischen Pseudoparalyse und der ächten allgemeinen Paralyse, welche durch die Autopsie ihre Bestätigung fand.

Ein 55 Jahre alter Weinhändler, habituellen alkoholischen Excessen, seit einigen Monaten in gehäuftem Maasse, ergeben, wird von heftiger maniakalischer Aufregung mit verworrenen Verfolgungsideen befallen, in die Anstalt aufgenommen. Hier beobachtete man eine Abschwächung der geistigen Fähigkeiten, besonders des Gedächtnisses und eine ausgesprochene Störung des Bewusstseins; ferner Ideen der Befriedigung, von Reichthum und Grösse (Besitz von Millionen, fürstliche Würde); nächtliche Schlaflosigkeit und Erregung; Ungleichheit der Pupillen, Zittern der Zunge und der Hände.

Tod im suffocatorischen Anfall — nach mehrwöchentlichem Anstaltsaufenthalte.

Die Autopsie ergab — Lungeninduration, Herzhypertrophie, Atherose der Herzklappen, Atherose und Aneurysmen der Aorta. Der (makroskopische!) Gehirnbefund war fast negativ; man fand nur Atherose der Basalarterien und eine leichte „Erweichung" der weissen Gehirnsubstanz; keine Veränderung der Gehirnhäute. (Hier dürfte denn doch ohne mikroskopischen Befund eine Entscheidung kaum möglich sein! R.)

***Buchholz* (Heidelberg), Syphilis und Paralyse. Vortrag bei der 14. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen etc. — Neurolog. Centralblatt, No. 12 und Centralblatt für Nervenheilkunde, No. 12.**

Die Entscheidung der Frage über die syphilitische Natur der Paralyse ist bisher fast nur auf statistischem Wege angestrebt worden, wobei es zweifelhaft bleibt, ob eigentliche Paralyse oder nur einigermaassen ähnliche Processe auf syphilitischer Basis entstehen. Vortrag. suchte dies auf anatomischem Wege und zwar durch Untersuchung der basalen Hirngefässe zu entscheiden. Er nahm zu diesem Behufe vergleichende Untersuchungen an 31 Gehirnen (19 Dementia paralytica, 2 Tumor cerebri, 3 Luës cerebri, 4 senile Psychosen, 3 functionelle Erkrankungen) vor. Die mikroskopische Untersuchung ergab absolut normalen Befund der Gefässe bei den functionellen Psychosen; ebenso waren die Gefässe bei einem 22jährigen an Hirntumor verstorbenen Kranken und einer paralytischen, nicht syphilitischen Frau von 39 Jahren normal. In 3 weiteren Fällen (1 Tumor cerebri und 2 von Luës freien Paralytikern im Alter von 33 und 36 Jahren) fanden sich vereinzelte minimale endarteriitische Veränderungen. Bei den übrigen

24 Fällen zeigte sich eine Reihe erheblicher Erkrankungen, und zwar in 2 — einer 66jährigen senil dementen Frau und einem 47jährigen Paralytiker — vorgeschrittene Atheromatose. Bei einem dritten an Gehirnluës verstorbenen 52jährigen Kranken fanden sich gleichfalls in den nicht sehr intensiven endarteriitischen Einlagerungen fettige und hyaline Entartungen. Bei den anderen 21 Fällen waren die Veränderungen weniger weit fortgeschritten aber immer noch erheblich genug, und zwar fand sich theils einfache chronische Endarteriitis, theils jener von *Heubner* beschriebene Entartungsprocess.

Ein charakteristischer Unterschied zwischen den Befunden an den Gefässen Syphilitischer und Nichtsyphilitischer konnte nicht festgestellt werden.

Die der *Heubner*'schen Degeneration entsprechende Endarteriitis obliterans wurde an den Gefässen von 6 Kranken nachgewiesen und zwar bei 2 senil Dementen von 51 und 62 Jahren und bei 4 Paralytikern, von welchen 2 sicher, 1 wahrscheinlich syphilitisch inficirt waren. Der Letztere war zur Zeit des Todes 42, die beiden Ersteren 37 und 39 Jahre alt; der nicht luëtische Paralytiker zählte 35 Lebensjahre.

Ist es auch interessant, dass sich grade bei Patienten mit organischen Hirnerkrankungen vielfach bereits in verhältnissmässig frühem Alter relativ starke Veränderungen an den Gefässen finden, so können dagegen nach des Vortrag. eingehenden mikroskopisch-anatomischen Untersuchungen keinerlei Rückschlüsse aus dem Befunde an den Gefässen nach vorangegangener Luës gezogen werden.

***Ramadier* und *Baruzer*, Gehirnsyphilis bei einem erblich Entarteten mit anatomischem Befunde. — Annal. médico-psychologiques. März.**

Der mit 47 Jahren in die Anstalt aufgenommene C. entstammt einer durch Selbstmord geendeten Mutter und zeigt Stigmata degenerationis (Plagiokephalie, ungleiche Gesichtsinnervation, fehlerhafte Zahnstellung, verbildete Ohren). Er erlangt als sehr intelligenter Mensch frühzeitig einen hervorragenden Posten in einem grossen Handlungshause; ergab sich aber auf seinen Geschäftsreisen allen Excessen, erwarb 30 Jahre alt die Syphilis, mit der er seine Frau ansteckte.

Nachdem bis zu seinem 40. Jahre seine Geschäfte vortrefflich gelaufen waren, wurde er immer tollkühner in seinen Unternehmungen und verlor nun durch gewagte Speculationen auf einmal sein ganzes erworbenes, nicht unbeträchtliches Vermögen. Infolge dessen war er nun genöthigt durch aufreibende, Tag und Nacht fortgesetzte Arbeit seine Familie zu ernähren, zugleich mit vielen Processen ob seiner Liquidation belastet.

Nachdem er 1885 einen Sturz auf den Kopf erlitten hatte, wurde er schwerhörig und gedächtnissschwach und vernachlässigte seine Geschäfte:

er litt an heftigen, nächtlich exacerbirenden, Kopfschmerzen und an geschlechtlicher Aufregung.

November 1887 — epileptiformer Anfall, gefolgt von halbseitiger Parese und Sprachhemmung. Bei der alsdann erfolgten Aufnahme in die Anstalt wurde die Diagnose auf „allgemeine Paralyse" gestellt; es bestand geistige Abschwächung, grosse Selbstbefriedigung, tiefe Bewusstseinsstörung, Sprach- und Bewegungsstörung, Ungleichheit der Pupillen.

Bis April 1888 — wesentliche Besserung in mehrfacher Hinsicht, namentlich Aufhellung des Bewusstseins und Zurücktreten der Sprachstörung; dagegen — hochgradige Gemüthsreizbarkeit, lebhafte Exaltation, Selbstüberschätzung mit gewaltigem Pläneschmieden und ausgesprochenem Grössenwahn, leichte Gedächtnissschwäche, häufige Kopfschmerzen. Bemerkenswerth ist, dass die inhaltlich dem Grössenwahn vollkommen conformen zahlreichen, an hohe Persönlichkeiten gerichteten Schriftstücke formell durchaus correct waren.

Der geschilderte Zustand blieb unverändert bis zu dem den 22. Juni gl. J. erfolgten Tode infolge gehäufter epileptiformer Anfälle.

Autopsie: Hochgradige Hyperostose des Schädels mit auffälligem Wechsel von verdickten und osteoparetischen Stellen. Auf der Aussenseite der allseitig verdickten Dura mater eine ganze Reihe kleiner glioma-ähnlicher Tumoren (Gummata? R.). Chronische Leptomeningitis, Hydrops ventriculorum. Gehirn angeblich normal (keine mikroskopische Untersuchung).

Verf., welche ihren Fall streng von der allgemeinen Paralyse geschieden wissen wollen, halten die daraufhin zu Lebzeiten gestellte Diagnose für einen Irrthum, der zu vermeiden gewesen wäre, in Anbetracht, dass eine eigentliche Dementia nicht vorgelegen, die Sprachstörung vorwiegend aphatisch gewesen und bald wieder verschwunden sei, die anderen Motilitätsstörungen und die Ungleichheit der Pupillen nur kurze Zeit bestanden hätten. Der Exaltationszustand mit Grössenwahn, sonst bei Hirnsyphilis selten, müsse in vorliegendem Falle auf die bestandene erbliche Degeneration zurückgeführt werden. Dass die Syphilis hier gerade das Gehirn betroffen habe, sei z. Th. auf die excessive Gehirnthätigkeit des Betroffenen zurückzuführen.

(Dieses ganze Raisonnement, dem nicht einmal eine genaue Gehirnuntersuchung als Unterlage dient, erscheint höchst künstlich und vermag den angestrebten Beweis, dass das Krankheitsbild der allgemeinen Paralyse und das der Gehirnsyphilis total verschieden seien, durchaus nicht zu erbringen. Der vorliegende Fall, welcher sich ätiologisch gleichzeitig auf degenerative Anlage, Syphilis, Gehirnstrapazen und vielleicht auch Kopftrauma aufbaut, würde wohl von jedem Sachverständigen in seinem ersten Stadium als „allgemeine Paralyse" diagnosticirt worden sein. Er war bei seinem plötzlichen letalen Abschluss noch keineswegs soweit vorgeschritten, als dass die von dem Verf. als differential-diagnostisch hervorgehobenen Erscheinungen bereits diese Bedeutung beanspruchen könnten. Zu bedauern ist, dass kein mikro-anatomischer Befund des zweifellos interessanten Falles vorliegt. R.)

Fischer, E., Gehirnsyphilis. — The Journal of nervous and mental disease. März.

Die Gehirnsyphilis zeigt sehr verschiedene Formen; sie kann vom Gehirn selbst, von den Gehirnhäuten und von den Gehirngefässen ihren Ausgang nehmen.

In den ersten Stadien handelt es sich oft um einfache Gewebshypertrophie, Hyperplasie, in den späteren mehr um Heteroplasie (Neubildung mit dem Charakter des Gumma). Die ererbten Formen unterscheiden sich in keiner charakteristischen Weise von den erworbenen. Die Gehirnsyphilis geht keineswegs, wie man früher annahm, in der Regel von den Schädelknochen aus, sie entwickelt sich vielmehr selbstständig im Gehirn und seinen Häuten.

Verf. richtet seine Hauptaufmerksamkeit auf die syphilitischen Gefässerkrankungen. Die specifische Endarteritis kann alle Gehirnarterien befallen, mit Vorliebe aber die engen und mittelweiten. Sie beginnt mit Gewebswucherung in der Intima, nach *Rumpf* in der inneren Haut (nur bei Neubildungen in der Umgebung der Gefässe — in der Adventitia); dadurch kann es zu Gefässverschluss, zu Thrombosen kommen.

Häufig werden die Gefässe der Pia mater ergriffen; oft kommt es in dem Granulationsgewebe zur Bildung zahlreicher neuer Gefässe, welche aber später durch weitere Wucherungen comprimirt werden.

Die Gehirnsyphilis erzeugt allgemeine und Heerderscheinungen.

Die psychischen Aenderungen, welche sich sehr rasch oder langsam und allmälig vollziehen, bestehen in einem allgemeinen Rückgang der geistigen Kräfte, Abnahme der ethischen Vorstellungen, des Gedächtnisses, Aenderung des Charakters mit Reizbarkeit und ungewohnter Unmässigkeit. Nächtliche Schlaflosigkeit mit periodischer Schlafsucht bei Tage. Kopfschmerz (besonders bei Affection der Dura m. und des Schädels) in Verbindung mit dem Gefühl geistiger Schwäche. Erkrankungen der Gehirnnerven sind häufig, Bulbärparalysen selten. Oft treten epileptische Anfälle auf und zwar infolge der grossen Ausbreitung der Entzündung zunächst allgemeine; sie werden gefolgt von tiefem Coma, von maniakalischer Aufregung und vorübergehenden Paralysen. Choreoiditis und Retinitis sind oft charakteristisch für die Diagnose in frühem Krankheitsstadium. Bei hereditärer Syphilis treten oft frühzeitig Cornealaffectionen auf. Transitorische Paralysen sind gleichfalls diagnostisch bedeutungsvoll.

F. hat solche Lähmungen weit häufiger links- als rechtsseitig beobachtet und führt dies auf ein Ueberwiegen der Gefässerkrankung in der linken Hemisphäre zurück. Die specifischen Paralysen müssen unterschieden werden von Paralysen in Folge von Gefässthrombose nach Atherose, ferner von hysterischen und neurasthenischen Lähmungen. Hier muss eine möglichst genaue Anamnese und Untersuchung die Diagnose sichern.

Epileptische Anfälle, welche nach dem 20. Lebensjahre, ohne alle an-

deren Ursachen einsetzen, sind stets verdächtig; sie sind oft nur unvollkommen entwickelt, ohne aufgehobenes Bewusstsein. Störungen in der Pupillenreaction sind von entschiedener Bedeutung.

F. theilt schliesslich drei Krankenbeobachtungen mit.

Er empfiehlt die Behandlung mit grossen Dosen Jodkalium unter Umständen in Verbindung mit Hydrargyrum und stets mit kräftiger Ernährung; er hat über gute Heilerfolge zu berichten.

***Eskridge*, Fälle von Gehirnsyphilis. — The Alienist and Neurologist. April.**

1. Gummata des Gehirns.

Ein 41jähriger Matrose erwirbt sich 1876 einen Schanker, nach welchem keine secundären Erscheinungen beobachtet wurden, erfreut sich in der Folge (ausser einem Fieber?) einer ungetrübten Gesundheit. Er wird 1883, September, von heftigen Kopfschmerzen, am meisten im Hinterhaupte befallen. Bald folgten klonische Convulsionen in den Armen mit Parästhesien, täglich, anfangs schwach, später intensiver. Bei der Hospitalaufnahme am 10. October begannen die Anfälle mit starken klonischen Convulsionen der Arme, besonders des linken, bei erhaltenem Bewusstsein; dann trat Bewusstlosigkeit ein, hierauf heftige Zuckungen der rechten Seite des Gesichtes. Zwischen den Anfällen — keine Lähmungen der Extremitäten, wohl aber des unteren Theiles des linken Facialis; Zunge nach rechts abweichend; herabgesetzte Sehschärfe, Hyperaemia papill. optic., geistige Stumpfheit und Gedächtnisschwäche.

Diagnose: Gumma mit breitem Sitz an der Basis des Gehirns, mit Druck auf die Crura.

Infolge energischer Behandlung mit Jodkalium und Sublimat nach 14 Tagen so erhebliche Besserung, dass sich Patient weiterer Behandlung entzog. Nach 14tägigem Wohlgefühl — heftiger Anfall allgemeiner Convulsionen mit letalem Coma.

Autopsie: Meningitis basalis. Ausgedehnte Erweichung des basalen Gehirns, besonders rechts, namentlich an dem Uebergang des vorderen in die Temporo-Sphenoidallappen; daselbst sitzt ein nicht scharf abgegrenztes Gumma, etwa $^1/_4$ Zoll dick und 2 Zoll im Durchmesser. N. optici und olfactorii sind in die Erweichung eingeschlossen. Vordere Hälfte des rechten Seitenventrikels gleichfalls erweicht.

In der Epikrise wird das Krankheitsbild auf den anatomischen Befund zurückgeführt. Therapeutisch wird eine möglichst entschiedene und lange fortgesetzte antiluëtische Behandlung empfohlen.

2. Syphilitische Pachymeningitis mit Hämorrhagie.

Ein 35 Jahre alter Geldwechsler, ausschweifend und trunksüchtig, hatte vor 8—10 Jahren einen Schanker, gefolgt von ausgesprochenen secundären syphilitischen Symptomen, seit 2—3 Jahren Kopfschmerzen. Acht Tage vor

der Hospitalaufnahme von Bewusstlosigkeit und Convulsionen der rechten Körperhälfte befallen, war er damals noch stupid und halbbewusst und zeigte eine Schwäche der rechten Körperhälfte, keine Facialislähmung, keine Sinnesstörung. Nach einmonatlicher Behandlung mit grossen Dosen Jodkalium war die allgemeine Stupidität verschwunden; später Quecksilber. Nach 3 Monaten war die Gesundheit wieder völlig hergestellt.

Verf. glaubt, dass es sich hier um eine chronische syphilitische Pachymeningitis in der Gegend des oberen Endes der Fissura Rolandi gehandelt, dass eine daselbst aufgetretene Meningeal-Hämorrhagie die unmittelbare Ursache der Lähmung gewesen sei.

3. Chronische Pachymeningitis infolge von Sonnenstich und Syphilis.

Ein 32jähriger Handelsmann, erblich belastet, zog sich vor etwa 12 Jahren die Syphilis, vor 4 Jahren einen Sonnenstich am Kopfe zu; seit letzterem abnorme Gefühle im Kopfe und periodische Anfälle von Dipsomanie (zuvor kein Trinker!), in den freien Zeiten niedergeschlagene Stimmung und grosse Gemüthsreizbarkeit.

Kam in Behandlung wegen plötzlich aufgetretener tiefer Störung des Bewusstseins in Verbindung mit motorischer Unruhe. Keine Lähmungserscheinungen, weite Pupillen, Nahrungsverweigerung, Unfähigkeit, Auskunft zu geben. Energische Behandlung mit grossen Dosen Jodkalium und Quecksilber erzielt rasche Besserung. Trotz wiederholter Schwankungen mit Fieber (Complication mit Malaria) war Patient nach vierwöchentlicher Behandlung hergestellt.

4. Drei Fälle von Arteriitis syphilitica cerebri.

a. 40 Jahre alter Buchhändler, im Trinken mässig, aber sexuell excedirend, erwarb 1874 einen Schanker, von secundären Symptomen gefolgt. Seit 1886 Glieder- und Gedächtnissschwäche. Mai 1888 apoplectiformer Anfall mit Taubheit des rechten Armes und Sprachstöruug; bald darauf zweiter Anfall; im Juli Attake mit rechtsseitiger Lähmung und Aphasie.

December: Allgemeine Körperschwäche, heftige Kopfschmerzen, Appetit- und Schlaflosigkeit, Erschwerung des Gehens, Erschwerung der Articulation, namentlich der Zungenlaute, Schwäche des rechten Armes, unsicherer, aber nicht ataktischer Gang (ohne Verschlimmerung bei Augenschluss), Kniereflexe fehlend, keine grössere Störung der Sensibilität, normale elektrische Reaction, erregbare Gemüthsstimmung, Gedächtnissschwäche, verlangsamtes Denken.

b. 29jährige, verheirathete Frau, wurde vor 3 Jahren von ihrem Ehemann inficirt. Mai 1888 zuerst Taubheit und Parese des linken Armes, alsbald Paralyse des rechten Armes und Beines, Lähmung der unteren Portion des rechten Facialis, Aphasie. Nach wenig Wochen wesentliche Besserung.

December: Schwäche und leichte Contractur des rechten Armes, Parese des rechten Beines, Gesicht nicht entstellt, Sprache gestört, rechter Knie-

reflex bedeutend erhöht, Sensibilität und Sinnesorgane normal. Hochgradige allgemeine Schwäche.

Diagnose: Syphilis der Gehirngefässe mit Blutung in dem hinteren Theil der inneren Kapsel.

Nach kleinen Dosen von Quecksilber und grossen allmälig gesteigerten Gaben von Jodkalium rasche erhebliche Besserung.

c. Ein 35 Jahre alter Mann, bewusstlos und allgemein gelähmt in das Hospital aufgenommen, starb nach zwei Tagen.

Gehirn sehr erweicht; grosse und kleine Arterien erkrankt, verdickt und verengt, enthielten mehrere Thromben, knotige gummatöse Schwellungen der Wandungen. Corpora striata gallertartig erweicht.

Syphilitische Gefässerkrankungen im Gehirn sind häufig; sie können wenige Monate bis viele Jahre nach der Infection sich ausbilden, in der Regel als Spätaffection der Syphilis. Bei der oft schwierigen Diagnose muss die Anamnese und der übrige Körperbefund gründlich berücksichtigt werden; diagnostisch wichtig sind ferner allmäliger Verlust des Gedächtnisses und rasch wechselnde Lähmungen, oft mit Aphasie verbunden.

Gowers, **Ueber Syphilis und das Nervensystem. (Vorträge in der medicinischen Gesellschaft.) — The british medical Journal, 12. u. 26. Januar, 9. u. 16. Februar.**

Der bekannte Neuropathologe gibt hier höchst instructive, scharf gefasste und kritische Erörterungen über die Bedeutung der Syphilis für das Nervensystem. Wir müssen uns hier darauf beschränken, den Gedankengang der gehaltvollen Vorträge in Kürze wiederzugeben.

Ueber die Beziehungen der Syphilis zum Nervensystem hat das letzte Jahrzehnt wichtige neue Thatsachen gebracht, während die Lehren der Autoren in wesentlichen Punkten immer noch differiren. Es ist deshalb geboten, hier möglichst sicher leitende Gesichtspunkte aufzustellen.

Um Klarheit in diese Lehre zu bringen, muss zunächst festgestellt werden, dass die Syphilis ebensowohl Krankheitsprocesse erzeugt, welche durchaus charakteristisch, somit specifisch sind, als auch solche, welche keine charakteristischen Zeichen bieten. (So sind z. B. Gummata und serpiginöse Geschwüre specifisch, dagegen Roseola und Psoriasis nicht specifisch.)

Die specifischen Neubildungen des Nervensystems:

1. Gummata, sie entstehen zumeist auf der Pia mater und comprimiren die Substanz von Gehirn und Rückenmark, während sie selten in der Gehirnsubstanz selbst und in den Gehirnnerven auftreten.

2. Sehr wichtig und wohl gekannt sind die Neubildungen der Gefässwandungen; sie kommen ausser der Aorta fast nur in den Gehirngefässen vor. Durch dieselben wird leicht Gefässthrombose mit Störung der lokalen Gehirnernährung, ferner Aneurysma in grösseren Gefässen gesetzt. Selten tritt Gehirnhämorrhagie auf dieser Grundlage auf.

Die specifische Entzündung der Gehirnhäute charakterisirt sich durch Hyperplasie mit Gewebsneubildung; in der Dura mater zumeist als diffuse schwielige Pachymeningitis (namentlich bei hereditärer Luës), in der Pia mater als umschriebene üppige Wucherungen, welche in der Folge narbig werden können.

Charakteristisch ist ferner die specifische Meningitis spinalis, welche nicht allein die Rückenmarksnerven, sondern auch das Rückenmark selbst schädigt.

Specifische Entzündungen der Substanz vom Gehirn und Rückenmark sind selten, meist wohl heerdartig.

Sehr wenig bekannt sind die specifischen Veränderungen der Hirnnerven, die gewiss auch vorkommen; öfter aber leiden sie durch Druck der Gummata oder durch Meningitis.

Nicht specifisch sind solche Veränderungen, die auch durch andere Ursachen als die Syphilis entstehen können. Hierher gehören disseminirte subacute Myelitis (umschriebene Heerde in der weissen Substanz des Rückenmarks), multiple Entzündung der spinalen Wurzeln, gewisse Formen von Sklerose der Hirnrinde, primäre Nervendegenerationen.

In diesen Fällen ist die anatomische Diagnose schwierig; für chronische Zustände sind die starken Wucherungen charakteristisch, während bei acuter Entstehung die inflammatorischen Elemente überwiegen und sie damit den einfachen Processen gleichen. Hier muss die Diagnose ihre Stütze suchen theils im Vorleben des Individuums, theils in den Erfolgen der Therapie. Es steht übrigens zu hoffen, dass die Bakteriologie mit der Zeit sichere Anhaltspunkte bringen werde. Heute sind wir aber noch nicht so weit.

Bei der wissenschaftlichen ätiologischen Feststellung müssen wir uns vor einem post hoc ergo propter hoc hüten. Für eine solche Auffassung spricht die Thatsache, dass ein gewisses Krankheitsbild nicht in wenig, sondern in zahlreichen Fällen auftritt, wie z. B. die Tabes. Bei statistischen Vergleichen sind nur in Betracht zu ziehen das männliche Geschlecht und das Alter über 25 Jahren. Es ist ferner zu berücksichtigen, dass die Syphilis häufiger auftritt in den unteren Ständen, mit Vorliebe in grossen Städten, namentlich Seestädten, besonders aber in London, woselbst 13 pCt. der erwachsenen Männer syphilitisch sind.

Tritt irgend eine Krankheitsform nach Syphilis nur in mässigem Procente auf, so haben wir nur eine Disposition durch diese anzunehmen, bei hohen Procenten können wir an sie als directe Ursache denken.

Alle negativen Angaben der Patienten sind mit grosser Vorsicht aufzunehmen. Ferner muss an die oft Jahre lang dauernde Latenz der Syphilis erinnert werden; kann doch bei einem Drittel unzweifelhafter specifischer Spätaffectionen die früher vorhandene Syphilis nicht bestimmt festgestellt werden.

Der diagnostische Beweis der Therapie ist dann sicher

der Erfolg sicher und unzweideutig, wenn die Anwendung anderer Heilmittel ausgeschlossen, wenn die betreffende Affection keine Tendenz zur spontanen Heilung zeigt, oder, auch wenn nicht specifisch, an sich geneigt ist durch Quecksilber oder Jod zu heilen. Dies gilt aber nur von chronischen Affectionen.

Schliesslich muss hier nachträglich bemerkt werden, dass die functionellen Nervenleiden, wie Epilepsie, Hysterie, functionelle Psychosen nie direct, sondern nur indirect durch Syphilis erzeugt werden können, durch den Einfluss, den das Krankheitsbewusstsein und die Behandlung auf das Gemüthsleben ausübt.

Die Diagnose bietet häufig weit grössere Schwierigkeit, als bei den meisten physikalisch nachweisbaren Erkrankungen. Wir werden deshalb, alle Raisonnements vermeidend, uns nur an die Thatsachen halten — mit strenger Gewissenhaftigkeit und genauer Aufmerksamkeit. Oft wird nur eine indirecte Diagnose möglich sein. Zur Feststellung des Charakters und der Natur einer Läsion müssen folgende Fragen beantwortet werden.

1. Welches ist Sitz und Natur des Processes? 2. Ist der Process specifisch? 3. Hat Patient die Syphilis gehabt? 4. Kann irgend eine andere Ursache mit in Betracht gezogen werden? 5. Bestätigt die Behandlung unseren Schluss?

Jeder Fall muss hier als ein neues Problem betrachtet werden. Keinenfalls muss deshalb allein ein jetzt vorhandenes Nervenleiden specifisch sein, weil Patient früher einmal syphilitisch war.

Treten wir der Entscheidung näher, so ist bezüglich der Zeit des Auftretens zu bemerken, dass specifische Affectionen in der Regel entweder subacut oder subchronisch auftreten, sie entwickeln sich selten kürzer als in 8 Tagen, selten länger als in 3 Monaten.

Bezüglich des Sitzes ist zu bemerken. — Dieser ist ausserhalb der Nervenelemente; sie haben deshalb keine speciellen Beziehungen zu Nervenfunctionen; nur postsyphilitische Processe können zu solchen führen.

Die Symptome der Gummata sind die gleichen, wie der anderen intercraniellen Tumoren mit raschem Wachsthum, nämlich allgemeine Hirnsymptome mit Heerderscheinungen — je nach dem Sitze. Gummata sitzen meist oberflächlich auf Convexität und Basis des Gehirns, zuweilen in der Brücke, selten im kleinen Gehirn, gelegentlich in der Gegend des Thalamus. Symptome der Corticalreizung sind häufiger als bei anderen Tumoren, vor Allem Convulsionen. Wichtig für die Differentialdiagnose ist, dass sehr chronische Neubildungen nicht leicht syphilitisch sind, ferner dass bei specifischen eine auftretende Neuritis optica eine acute Form zeigt.

Die syphilitische chronische lokalisirte Meningitis bietet differentielle Symptome, wenn sie die Basis des Gehirns trifft, indem sie die Gehirnnerven beeinflusst, oder wenn sie auf der Convexität die motorische Region einnimmt; es entstehen dann die Erscheinungen einer intensiven Oberflächenläsion mit Abwesenheit von Drucksymptomen auf unterliegende

Gehirnpartien. Diese lokalisirte Meningitis ist seltener, als die Neubildungen.

Prognose und Therapie. Die Prognose ist stets dubiös. Bringt auch die Therapie die Erkrankung zum Stillstand, so können einmal zerstörte Nervenelemente nicht wieder hergestellt werden, wir erreichen deshalb häufig nur Heilung mit Defect verschiedenen Grades. Es muss daher jede Prognose individuell gestellt werden und zwar vollkommen auf Grundlage der individualisirenden Diagnose, deren Gesichtspunkte alle auch hier maassgebend sind.

Wie kann nun der specifische Process heilend beeinflusst werden? Da die Hyperplasie die am meisten charakteristische Erscheinung desselben ist, so muss auf sie die Behandlung gerichtet werden. Bei chronischen Processen kann wohl die Krankheit gehoben, aber nicht die gesetzten Zerstörungen wieder hergestellt werden, dagegen kann gegen acute und subacute Entzündungen die antiluëtische Behandlung direct einwirken. Die syphilitischen Gewebsneubildungen können sicher und ausgiebig beeinflusst werden — aber nur in der Frühperiode, so lange das Gewebe noch weich ist: bei bereits eingetretener fibroider Umbildung ist unsere Therapie machtlos; die eintretende Narbenbildung beruht auf Naturheilung. Je acuter ferner eine Entzündung auftritt, um so grösser ist die Gefahr einer ausgedehnten Gewebsneubildung. In Betracht kommt ferner der Sitz der Narbenbildung; sitzt diese nur auf einer Seite der nervösen Substanz, so gefährdet sie viel weniger, als wenn sie dieselbe allseitig umgibt; in letzterem Falle kann die Nervensubstanz durch Narbendruck zu Grunde gehen.

Specielles: Die Prognose bezüglich der Gummata ist bei prompter Therapie günstiger, als bei anderen Processen; die Prognose der Meningitis hängt von der Ausdehnung der umlagernden Exsudate ab; syphilitische Neuritis ist, so lange noch ganz frisch, günstig, später ungünstig; das Gleiche gilt von Infiltrationen. Reizsymptome des Gehirns (Kopfschmerz, Convulsionen) geben, so lange sie auf acuter Entzündung beruhen, keine ungünstige Prognose; sind sie dagegen die Folge von Compression durch Narbengewebe, eine schlimme Vorhersage; immerhin kann in diesen Fällen unter Umständen eine operative Behandlung versucht werden.

Bei der allgemeinen Prognose muss es leider als feststehend betrachtet werden, dass die Syphilis an sich eine unheilbare Krankheit ist. Wir können einzelne Anfälle derselben beseitigen, lästige Symptome entfernen etc., sind aber niemals sicher, die Grundkrankheit selbst geheilt zu haben. Trotzdem dürfen wir nicht zu pessimistisch sein; wir müssen vielmehr auf Grund allgemeiner Erfahrung zugeben, dass eine Anzahl Fälle durch entsprechende Behandlung zu dauernder Genesung geführt wird. Diese Erfahrung ist vielleicht daraus zu erklären, dass der natürliche Charakter und Verlauf der Syphilis den extremsten Varietäten unterliegt. Die Therapie ist nicht machtlos, ihr Bestreben muss dann

gerichtet sein, die Kraft der Krankheit zu erschöpfen, sie muss die Activität derselben unterdrücken, vielleicht die jeweils entwickelten Krankheitsorganismen zerstören. Immerhin ist die Genese der Heilungsvorgänge noch dunkel und wird wohl noch längere Zeit einer völligen Aufklärung entbehren.

Die eingehenden Erörterungen des Vortr. über die Quecksilber- und Jodtherapie können hier nicht reproducirt werden; nur sei erwähnt, dass Derselbe vor allzu lange fortgesetzter antiluëtischer Behandlung auf das Ernsteste warnt, dagegen es dringend empfiehlt, noch 5 Jahre lang nach dem letzten Auftreten der Luës alljährlich eine mehrwöchentliche Jodkaliumbehandlung vorzunehmen.

Der letzte Abschnitt der inhaltreichen Arbeit handelt von den Schutzmaassregeln zur Verhütung der Syphilisinfection.

---

8. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein.

Referent: Stark-Stephansfeld.

Rivano, Die Phosphorsäureausscheidung durch den Urin bei Epileptikern. — Annali di Freniatria. I. Heft. 1.

Bei 5 Epileptikern wurde an je drei anfallsfreien Tagen, und an drei Tagen nach Anfällen die 24stündige Phosphorsäureausscheidung bestimmt, unter Trennung der alkalischen und der alkalisch-erdigen Salze und im Vergleich mit der jedesmaligen Harnstoffausscheidung. Es ergab sich, dass unter dem Einfluss des Anfalles die Harnstoffmenge im Minimum um 2 pCt., im Maximum um 20 pCt. zunahm, dass die gesammte Phosphorsäure sich im Mittel um 33 pCt. vermehrte, und dass diese Vermehrung wesentlich auf Rechnung der an alkalische Erden gebundenen Säure zu setzen war, bis zu einer Vermehrung der normalen mittleren Quantität um 90 pCt., diese Thatsachen liessen sich auch bei einfachen Schwindelanfällen constatiren. Auch das Minimum der Phosphorsäure nach Anfällen blieb stets über dem Maximum anfallsfreier Tage.

Eiweiss war nach den Anfällen nie aufzuweisen. *Kurella.*

Gauster, Die Bromtherapie bei Epilepsie. — Wiener med. Presse No. 13, 14, 15.

G. fasst seine Erfahrungen über die Behandlung der Epilepsie mit Brompräparaten in folgenden Sätzen zusammen:

Die Bromtherapie ist dermalen noch die entschieden vortheilhafteste bei der Epilepsie verschiedener Art, namentlich der idiopathischen.

Sie muss in der Regel lange, d. h. Jahre lang in Verwendung kommen. Die Grösse der Gaben ist individuell durch vorsichtige Versuche und Beobachtungen zu suchen, sowohl bei der Steigerung, als beim Rückgange bis zu der nach Besserung der Krankheit durch Jahre festzuhaltenden Dose.

Unter sorgfältiger Beobachtung des Zustandes des Kranken kann oft bis auf 20 g pro die gestiegen und diese Gabe eine Zeit lang fortgesetzt werden, ohne dass Gefährdung des Kranken beobachtet wird.

Steigerung der Gabe ist einzustellen oder allmälige Verminderung bis zur zeitweisen oder dauernden Vertretung durch ein anderes Mittel ist durchzuführen:

a) bei stärkerer Verdauungsstörung mit höherer Gefährdung der Ernährung;

b) bei Entwickelung von Spitzenkatarrh mit leichter Dämpfung;

c) bei tieferen Ulcerationen der Haut.

Hemmungen der Intelligenz, geistiges Stumpfwerden, ist in der Regel kein Grund, die Bromtherapie zu verlassen oder die Gaben wesentlich zu vermindern. Lungentuberculose, schwere chronische Hauterkrankungen, tiefe Ernährungsstörungen sind Gegenanzeigen gegen die Bromtherapie, wenn die Bekämpfung der Anfälle nicht Lebensfrage ist.

Mässige Abmagerung ist keine Gegenanzeige, da später das Körpergewicht bei Fortsetzung der Bromcur noch steigen kann.

Während der Bromcur ist auf kräftige Ernährung zu halten. Von Zeit zu Zeit sind die Lungen, sowie die Haut zu untersuchen.

G. illustrirt seine Ausführungen durch 3 Krankengeschichten.

***Andree* u. *Knoblauch*, Ueber einen Fall von Hystero-Epilepsie beim Manne. — Berl. klin. Wochenschrift No. 10.**

Ein 23jähr., bis dahin gesunder und anscheinend nicht erblich belasteter oder nervös prädisponirter Soldat, erkrankte nach lebhaften psychischen Eindrücken und gleichzeitiger körperlicher Anstrengung plötzlich an heftigen Krampfanfällen. In den ersten Tagen traten täglich 6—9 Anfälle auf, dann nahmen dieselben allmälig ab. Den Anfällen gingen auraartige Empfindungen in Brust, Hals und Kopf voraus, dann folgte Bewusstseinsverlust, kurze tonische Muskelcontractionen und klonische Krämpfe. Zungenbiss, unfreiwilliger Abgang von Urin oder Samen kam nicht vor. In dieser Periode konnte Pat. durch lautes Anrufen vorübergehend zum Bewusstsein gebracht werden. Auf dieses Stadium folgte eine ausgesprochene Periode „der grossen Bewegungen“ *Charcot*'s, die Stellungen der „Salutation, arc de cercle, arc du pont“, waren deutlich ausgesprochen. Hieran schloss sich dann ein hallucinatorisches Stadium, welches fast regelmässig mit der Stellung des Crucifixement abschloss. Die charakteristischen Stellungen wurden durch Momentphotographien fixirt. Trotz der Häufung der Anfälle blieb die Temperatur normal. Nach dem Anfalle bestand Amnesie, Kopfschmerz, Depression. Mässige Polyurie. Hautsensibilität offenbar herabgesetzt, stellen-

weise Analgesie. Knopf und Spitze der Nadel werden nirgends unterschieden, Durchstechen einer Hautfalte am Oberschenkel und Scrotum macht keinen Schmerz.

Leichte Berührung der rechten Brustwarze ruft das Auragefühl, stärkere Berührung, Streichen der Mammilla von unten nach oben zu erzeugt einen Anfall. Durch Streichen der Mammilla von oben nach unten wird der Anfall sistirt. Druck auf die Testikel oder auf die der Ovarialgegend entsprechenden Hautstellen sistirte die Anfälle oder löste wenigstens momentan den Tonus sämmtlicher Muskeln.

Die Anfälle wurden allmälig seltener und milder und verloren sich nach 4 Monaten ganz. Die hysterogenen Zonen und analgischen Stellen verschwanden.

Nach der Entlassung des Kranken erfuhren Verff., dass neuerdings die Anfälle wiedergekehrt seien.

Rosenbach, Zur Frage über „die epileptogene Eigenschaft" des hinteren Hirnrindengebietes. — Neurol. Centralblatt No. 9.

Der Aufsatz enthält eine Polemik gegen die Ansichten von *Unverricht* „über die Beziehungen der hinteren Rindengebiete zum epileptischen Anfalle" (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1888, Bd. XLIV). Nach der Auffassung von *Rosenbach* (*Virch.* Arch. Bd. XCVII) ist das Auftreten von epileptischen Anfällen nach Reizung der Occipitalrinde als eine Fernwirkung auf die motorischen Rindenpartien anzusehen. *Unverricht* führt dagegen in seiner neueren Arbeit aus, „dass die Erregung der hinteren Rindengebiete durch Fortpflanzung auf die motorischen Rindenpartien zu allgemeinen Muskelkrämpfen führen kann, ohne dass man auf die so beliebte Erklärung durch Fernwirkung zu recurriren braucht". Nun gibt *Unverricht* weiter an, dass Reizung der hinteren Rindengebiete auch dann noch halbseitige epileptische Anfälle bewirke, wenn in der gereizten Hemisphäre die motorischen Centren abgetragen sind. Diese Angaben haben *R.* zu neuen Controlversuchen veranlasst, welche zu folgenden Resultaten führten:

Reizung der Occipitalrinde mit Inductionsströmen von hoher Intensität und langer Dauer, nach vollständiger Auslöffelung der motorischen Rindencentren derselben Hemisphäre, rief keine epileptischen Krämpfe mehr hervor, obgleich es gelang, an den nämlichen Thieren bei unversehrtem Gehirn durch Reizung der Occipitalregion solche zu erzielen. Nach Exstirpation des motorischen Rindengebietes an einer Hemisphäre hatte Reizung der anderseitigen motorischen Region sowohl, als auch des anderseitigen hinteren Rindengebietes halbseitige Anfälle zur Folge. Nach beiderseitiger Abtragung der motorischen Centren war es in keiner Weise möglich, epileptische Krämpfe hervorzurufen. Auch bei unversehrtem Gehirn gelingt es nicht immer, durch Reizung der Occipitalrinde convulsive Anfälle zu erzielen. In einem der Controlversuche blieb allmälige Verstärkung des Stromes bis auf übereinander geschobene Rollen des Schlitten-

apparates ohne den erwarteten Erfolg, obgleich der Strom minutenlang hindurchgeleitet wurde, während bei wiederholter Prüfung an diesem Thiere durch Reizung der Regio cruciata beiderseits, sowohl Einzelbewegungen, als epileptische Anfälle hervorgerufen werden konnten.

Baracz, Roman v., Vier Fälle von Continuitätsunterbindung der Arteriae vertebrales bei Epilepsie. — Wiener med. Wochenschrift No. 7.

In den 4 Fällen von Epilepsie, in welchen *B.* zum Zwecke der Heilung die Vertebralarterie unterband, wurde in 2 Fällen nur die eine, in 2 Fällen beide Arteriae vertebrales unterbunden. Nach der Operation tritt Verengerung der gleichseitigen Pupille, nach doppelseitiger Unterbindung also beiderseitige Pupillenverengerung ein. Dieselbe ist als Folge der Durchschneidung von Aesten des Halssympathicus aufzufassen. Die seit den Operationen verflossene Zeit (½ bis 4 Monate) ist zu kurz, um in diesen Fällen ein Urtheil über die Wirkung derselben auf die Epilepsie zu gestatten. Dagegen führt *B.* an, dass nach einer brieflichen Mittheilung des Dr. *Alexander* in Liverpool, welcher 1881 und 1882 bei 35 Epileptikern die Unterbindung der Vertebralarterien vorgenommen hatte, 8 Fälle dauernd geheilt und 11 Fälle bedeutend gebessert worden seien.

Die günstige Wirkung der Operation sucht *B.* nicht in der Verminderung der Blutzufuhr zu den basalen Hirntheilen, weil hier ein Ausgleich durch Bildung eines collateralen Kreislaufes sehr rasch stattfindet. Es erscheint Verf. deshalb möglich, dass die Verletzung des Halssympathicus die günstige Wirkung mit herbeiführt.

B. hält die Operationen in jedem Falle von wahrer Epilepsie für gerechtfertigt, in welchem periphere Ursachen nicht nachzuweisen sind, wenn die üblichen anderen Mittel erschöpft sind. Die Operation selbst bringe keinen Schaden. Nach *Alexander* soll dieselbe in frischen Fällen am günstigsten wirken.

Krakauer, Ueber Heilung eines Falles von hysterischer Taubheit durch Hypnose. Vortrag, gehalten auf der Naturforscherversammlung zu Köln. — Arch. f. Ohrenheilkunde Bd. XXVII, Heft 4.

Anämische Frau von 34 Jahren, seit 10 Jahren verheirathet, kinderlos, an hystero-epileptischen Krämpfen leidend, welche seit Jahren mindestens wöchentlich auftreten, erleidet bei Gelegenheit der in diesem Frühjahr ihre Heimath bedrängenden Ueberschwemmungen einen heftigen Krampfanfall und erwacht daraus stocktaub. Nachdem die Taubheit 3 Wochen angehalten hat, wird sie nach Berlin geschickt, wo ihr zunächst einer Unterleibskolik wegen 0,01 Morph. injicirt wird. Kurze Zeit darauf beginnt Pat. zu erbrechen und kann wieder hören. Die Hörfähigkeit nimmt im Laufe

der 2 folgenden Tage wieder ab, und als Verfasser die Pat. sieht, constatirt er folgendes: Links absolute Taubheit, rechts hört Pat., wenn man in ein grosses Hörrohr hineinschreit. Knochenleitung absolut aufgehoben. Trommelfelle leicht getrübt. Tuben normal. — Es wird zunächst versucht, Pat. durch Elektricität zu heilen, doch führt die plötzliche Application des Inductionsstromes zu einem heftigen Anfall. Jetzt erst fasst Verf. den Plan, die Hypnose anzuwenden. Er lässt das Hörrohr durch eine dritte Person so halten, dass er mit der Pat. sprechen kann und soufflirt ihr nun, sie würde müde, könne die Augen nicht mehr öffnen, schlafe. Die Hypnose trat überraschend schnell ein. Verf. soufflirt der Pat. noch absolute Anästhesie der einen, dann der anderen Seite, welche so stark ist, dass er das Trommelfell und die Nasenschleimhaut mit der Sonde berühren kann. Dann befiehlt er Pat. nach dem Erwachen zu hören. Pat. wird geweckt und hört normal. Nach 3 Tagen ist das Gehör normal geblieben. Pat. wird dann nochmals hypnotisirt und ihr anbefohlen, nun dauernd zu hören und keine Krämpfe mehr zu bekommen. Pat. reist ab. Nach 4 Monaten ist das Gehör normal geblieben, die Krämpfe haben sich in den ersten Tagen noch 4 mal wiederholt, sind dann fortgeblieben. — Verf. will keine hochgespannten Hoffnungen aus dem einen Fall herleiten, glaubt jedoch, dass bei rein functionellen Störungen die Hypnose ein nicht zu unterschätzendes Heilmittel abgebe. *S.*

***Dehio*, Singultus als Reflexneurose. — Berl. klin. Wochenschrift. No. 22.**

Ein 38jähriger neurasthenischer Mann wurde von Mai bis October an Magendarmkatarrh behandelt. Am 5. August trat nach einer diagnostischen Aufblähung des Magens durch Kohlensäure Abends Schüttelfrost und Fieber ein (39,8). Am folgenden Tage stellte sich beständiger, Tag und Nacht anhaltender Singultus ein, mit Schmerzen in der Herzgrube, linken Schulter und linkem Hypochondrium. Bei Gebrauch von künstlichem Carlsbader Salz Besserung der Durchfälle und Nachlass des Singultus bis zum October.

Im December Recidiv des Magendarmkatarrhs, und nach 14 Tagen Wiedereintritt des Singultus mit Schmerz in der Herzgrube. Derselbe ist früh bei leerem Magen am seltensten, ebenso in der Rückenlage geringer, und tritt oft 10—15 mal in der Minute auf. Er wird schon durch leichten, raschen Druck auf die Magengrube hervorgerufen. Mit der Zwerchfellcontraction treten zugleich Contractionen der Scaleni, Sternocleidomastoidei, Cucullares, Pectorales maj. und Intercostales ein, der Thorax hebt sich, Rumpf und Arme werden erschüttert. Der Singultus wird offenbar durch directe oder indirecte Erschütterung des Magens hervorgerufen.

Sondiren des Magens rief heftigen Schmerz und Singultusanfälle hervor. Atropin subcutan war ohne Wirkung, Opium steigerte den Singultus. Derselbe verminderte sich nach Gebrauch von Carlsbader Salz. Bei Anwendung des constanten Stromes auf die Magengegend trat mit dem Oeffnen

und Schliessen des Stromes Singultus ein. Stärkere Ströme, auf andere Körperstellen applicirt, machen ebenfalls Singultus, ebenso eine kalte Begiessung des Rückens im warmen Bad, Druck auf die schmerzhaften Process. spinosi der oberen Wirbelsäule.

Bis Ende Februar war das Magen-Darmleiden beseitigt, der Singultus verschwunden. Letzterer konnte aber reflectorisch künstlich noch hervorgerufen werden.

Aus der mannigfachen Muskelcontraction beim Singultus schliesst *D.*, dass die Ursache des Krampfes in einer Affection eines die combinirte Muskelaction beherrschenden Centrums zu suchen sei, dessen Sitz er in die Medulla oblong. verlegt. Der Singultus war durch beliebige Reize von verschiedenen Körperstellen aus auszulösen. Es handelte sich also um ein Symptom von reizbarer Schwäche bei einem Neurastheniker.

Zur Entstehung des reflectorischen Singultus ist neben der peripheren Gelegenheitsursache die neurasthenische Disposition des bulbären Centralapparates nöthig. Die abnorme Erregbarkeit des Singultuscentrums blieb bei dem Kranken auch nach Heilung des Magenkatarrhs bestehen.

Eulenburg, Ueber Athetose. — Wiener med. Presse No. 8.

E. theilt folgende 4 Fälle von Athetose mit:

1) 44jähriger Beamter, leidet an hereditärem Stottern. Seit 6 Jahren Athetose der rechten Hand, unaufhörliche, zwecklose Zuckungen der Finger. Grobe Kraft der rechten Hand herabgesetzt, Musculatur des rechten Vorder- und Oberarmes hypertrophisch. An der rechten Hand und Vorderarm Temperatur erhöht. Im Schlaf sollen die Zuckungen nicht ganz aufhören.

2) 9jähriger scrophulöser Knabe, seit dem 6. Jahre epileptisch. Seit 2 J. Athetosebewegungen der linken Körperhälfte. Rhythmisches Pendeln der linken Hand und Finger, extensorische Bewegungen der Finger. Diese Bewegungen dauern im Schlafe anfangs fort und verlieren sich erst im tiefen Schlafe. Der linke Fuss hängt in Varo-equinus-Stellung, Parese der Mm. peronei und Extensor. digitor. Sehnenreflexe links gesteigert. Zuckungen der linken grossen Zehe. Verringerte Intelligenz.

3) 8jähriger Knabe. Im 5. J. Scharlach mit Nephritis, im Anschluss daran linkseitige Hemiparese. Gleichzeitig uncoordinirte Zuckungen der linken oberen und unteren Extremität. Intelligenz und Sprache zurückgeblieben.

Linker Arm kraftloser, aber nicht atrophisch. In den Fingern der linken Hand Athetosebewegungen. Das linke Bein wird geschleppt. Gesteigertes Kniephänomen. Athetosebewegungen der Zehen.

4) 8jähriges, geistig zurückgebliebenes Mädchen. Im 2. Lebensjahre plötzliche Lähmung der rechten Körperseite, besonders des rechten Armes, in welchem die motorische Schwäche so stark ist, dass Pat. mit der linken Hand das Schreiben lernt. Keine Atrophie. Lebhafte Athetosebewegungen

der Finger. Varo-equinus-Stellung des rechten Fusses, Athetosebewegungen der Zehen.

In dem allmäligen Erlöschen der Athetosebewegungen mit der Vertiefung des Schlafes (Fall 2) erblickt *E.* eine Bestätigung für seine Vermuthung, dass der Ausgangspunkt der Athetosebewegungen nicht in subhemisphärischen basalen Hirntheilen zu suchen sei, sondern in den motorischen Territorien der Gehirnrinde.

Kleudgen, Ueber das sogenannte moralische Irresein (Moral insanity). — Zeitschr. für gerichtliche Med. N. F. 2. Bd. Suppl.-Hft.

Nachdem *K.* darauf hingewiesen hat, dass das moralische Irresein von verschiedenen Autoren nicht als besondere Form des Irrsinns anerkannt wird — eine Ansicht, welche er selbst theilt — führt er 6 eigene bezügliche Beobachtungen an. Als wichtigstes gemeinsames Symptom dieser 6 Fälle hebt *K.* das Periodische des Verlaufes derselben hervor. Er hält sich deshalb für berechtigt, den grössten Theil der unter dem Namen des moralischen Irrsinns aufgeführten Fälle den periodischen Psychosen, und zwar mit oder ohne gleichzeitig bestehende Imbecillität, zuzuzählen. Auffallender Weise befand sich unter den 6 Kranken kein einziger erblicher Fall. Die Krankheit sucht *K.* bei Patienten dieser Art nicht in dem Fehlen der ethischen Begriffe, welche vorhanden sind und auch gewürdigt werden

Schlöss, Ueber die Lehre vom moralischen Irrsinn. — Jahrb. f. Psychiatr. Bd. VIII. Hft. 3.

Nach einer ausführlicheren geschichtlichen Darlegung der Entwickelung der Frage über den moralischen Irrsinn theilt *S.* 10 eigene bezügliche Beobachtungen mit, welche sich nicht wohl zur auszugsweisen Wiedergabe eignen. Er betont in der Epikrise, dass der gemeinsame Zug bei seinen 10 Kranken der Schwachsinn sei, und zwar nicht nur der gemüthliche, sondern auch der intellectuelle Schwachsinn. Man sollte daher nicht von moralischem Irrsinn sprechen, sondern höchstens von Schwachsinn in der Form des moralischen Irrsinns. Am Richtigsten aber wäre es, den Zustand als das zu bezeichnen, was er eigentlich ist, — als Blödsinn.

Sighicelli und ***Tambroni,*** Moralisches Irresein und Epilepsie. — Rivista sperimentale XIII. 4.

Die beiden Autoren geben eine besonders durch eine Fülle fein beobachteter Charakterzüge interessante Krankengeschichte eines aus vornehmer degenerirter Familie stammenden Irren, bei dem schon in der Kindheit, zugleich mit überaus frühreifem Geschlechtsleben, eine jedem Einfluss, jeder Erziehung und Strafe spottende Lust am Bösen hervortrat. Nach vielfachen Bestrafungen kam der Patient zum Militär. In seinem 20. Lebensjahre traten im Militärgefängnisse die ersten epileptischen Anfälle auf, zwei Jahre darauf starb er in der Anstalt zu Ferrara im Status epilepticus unter be-

deutender Temperatursteigerung (40° ante, 43° post mortem). Die Section ergab u. a. ein sehr bedeutendes Gewicht von Schädel und Unterkiefer, hochgradige Gesichtsasymmetrie u. a. mehr.

In einer längeren, ein wenig speculativen Betrachtung erörtern die beiden Autoren das Verhältniss zwischen Epilepsie und Moral insanity und kommen zu dem Resultate, dass ihr Fall als ein gemischter zu betrachten wäre; als Epileptiker besässe er eine sehr erhöhte Reflexerregbarkeit, die sich oft der Wirkung der Hemmungscentren entzogen hätte; „aber auch diese waren schwach organisirt, und wenn auch dieser organische Defect nicht für sich allein seine Vergehen und Verbrechen bestimmt hat, wird sie dieselben doch indirect beeinflusst haben, in dem sie zu einer Verschärfung des Missverhältnisses zwischen den Hemmungskräften und der functionellen Thätigkeit des übrigen Nervensystems führte".

Kurella.

Verga, Zur Geschichte und Theorie des moralischen Irreseins. — Archivio italiano per le malatie nervose. 1888. Heft 1 u. 2.

Der 53 Seiten lange Aufsatz gibt eine klare und ausführliche Darstellung der bisherigen Entwickelung der Lehre vom moralischen Irresein, mit besonderer Berücksichtigung der zahlreichen italienischen Arbeiten auf diesem Gebiete, das seit 1866 von *A. Verga*, *Livi*, *Bonfigli*, *Tamburini* und vielen anderen, vor allem aber von *Lombroso* und seiner Schule vielfach behandelt worden ist und seitdem fast jedes Jahr von italienischen Psychiaterversammlungen discutirt wurde.

Weiter gibt *V.* eine auf gesunder psychophysiologischer Basis ruhende Darstellung der Genese des moralischen Sinns, und von dieser Darstellung aus eine Theorie des moralischen Irreseins. Im wesentlichen steht *V.* auf demselben Boden wie *Lombroso*. *V.* unterscheidet zwischen der Summe von bewussten moralischen Grundsätzen, Regeln und conventionellen Anschauungen, die im Laufe des individuellen Lebens durch Unterricht, äussere Lebensverhältnisse, je nach der intellectuellen Anlage und dem Bildungsgrade mehr oder weniger zusammenhängend sich angesammelt haben — sittliches Bewusstsein — und dem moralischen Sinn, den er im Sinne einer evolutionistischen Psychologie als eine angeborene Tendenz betrachtet, die sich wohl erst mit der individuellen Entwickelung allmälig manifestirt, aber resultirt aus der Vererbung zahlloser, von allen früheren Generationen langsam erworbener Tendenzen zu Gefühlen und Handlungen, die das Bestehen der Art, die Conservirung des socialen Lebens bedingen. *V.* nimmt an, dass ursprünglich vollkommen bewusste, durch äussere Autoritäten auferlegte, oder als social günstig erkannte Handlungen sich durch stete Wiederholung in automatische, reflexähnliche Functionen umwandeln, dass die Tendenz zu solchen automatischen Handlungen sich vererbt, und zum Bestandtheil des Complexes: moralische Sensibilität wird, stets leisen Mo-

dificationen durch veränderte Lebensbedingungen, individuelle Variationen unterworfen.

Die moralische Sensibilität kann nun fehlen, abgeschwächt sein oder vollkommen pervers auftreten; *V.* erläutert diese Kategorien an einigen Beispielen.

Zum moralischen Irresein will *V.* nur die Fälle von verkehrtem moralischem Gefühl rechnen, in denen bei voller Kenntniss moralischer Vorstellungen eine „originäre, habituelle und unveränderliche Perversion besteht, die das Krankheitsbild beherrscht, das Cardinalsymptom ausmacht und unabhängig ist von Störungen der Intelligenz, die freilich als nothwendige Begleiterscheinungen daneben vorhanden sind". In diesen Fällen sind nach *V.* unwiderstehliche Triebe zu unmoralischen Handlungen vorhanden, werden aber als abnorm eingesehen; Fälle, in denen die Tendenz zu unmoralischen Handlungen begleitet ist von dem festen Bewusstsein, im Recht zu sein und ganz correct zu handeln, rechnet *V.* zur moralischen Paranoia (Paranoia ohne Delir). *Kurella.*

---

9. Delirium acutum. Alcoholismus. Toxische Psychosen und Neurosen. Referent: Jehn-Merzig.

Delirium acutum.

Vacat.

Alcoholismus.

Gauster, Zur Frage der Trinkerasyle. — Jahrbücher f. Psychiatrie B. VIII. H. 3.

Der mährische Landesausschuss hat die Directionen der Wiener, Klosterneuburger und der mährischen Landesirrenanstalt um die Beantwortung nachstehender Fragen gebeten.

1. Welche Zwecke die Trinkerasyle (Trinkerheilanstalten) zu erfüllen haben?
2. Welches sind die Gründe für deren Nothwendigkeit und Erspriesslichkeit?
3. Welcher Art Trunksüchtige, in welchem Stadium, unter welchen Voraussetzungen und Bedingungen sollen dieselben in den Trinkerasylen untergebracht und wie behandelt werden?

4. Welches Procent der in den bestehenden Irrenanstalten untergebrachten Pfleglinge machen die Trunksüchtigen und mit Delirium Behafteten aus?
5. Wie gross ist beiläufig die Anzahl der ausser der Irrenanstalt befindlichen Säufer, die in den Trinkerasylen nach deren Zwecken untergebracht werden sollten?
6. Erscheint die Errichtung von Trinkerasylen und die Detention Trunksüchtiger in denselben nach den bestehenden österreichischen Gesetzen als zulässig oder ist hierfür die Erlassung neuer gesetzlicher Bestimmungen und in welchen Richtungen erforderlich?
7. Reichen die Trinkerasyle mit den ihnen gesetzten Zwecken aus, um den grossen und vielfachen Uebeln, die von den für diese Anstalten geeignet sein sollenden Säufern in physischer, geistiger und materieller Hinsicht angerichtet werden, zu steuern oder dieselben zu beheben?
8. Liesse sich den schädlichen Einflüssen, die durch Trunksüchtige, mit Delirium Behaftete, in die bestehenden Irrenanstalten hineingetragen werden und der notorischen Ueberfüllung dieser Anstalten durch solche Geisteskranken in der Art abhelfen, dass für dieselben bei den Irrenanstalten besondere Separatstationen (Pavillons) errichtet würden?

Die Frage 1 wird dahin beantwortet: dass die bis jetzt bestehenden Trinkerasyle Anstalten sind, welche freiwillig kommende Trunkfällige aufnehmen und zu behandeln und zu heilen versuchen. Zwang der Retention in der Anstalt besteht nicht.

Die Heilung ist meist fraglich, die Geneigtheit, sich der dauernden Entwöhnung zu unterziehen eine seltene; die Neigung solche Anstalten aufzusuchen findet sich vorwiegend bei den vermögenderen Ständen vermöge grösserer Einsicht und Mittel: häufig ist aber das Aufsuchen der Asyle selbst aus diesen Klassen nicht.

ad 2—3 wird die Schwierigkeit auseinandergesetzt, die nicht geisteskranken Trinker zu beschränken. Die Unterbringung in einer Irrenanstalt ist für die acuten Zustände der Delirien, Hallucinationen oder anderweitiger Irrsinnsformen der Trinker statthaft, nicht aber die weitere Zurückhaltung derselben nach eingetretener Beruhigung. Selten kann daher die nothwendige Zeit zur Fortsetzung der Entziehungscur gewonnen werden.

Die organischen Folgen, welche die Trunksucht setzt, zwingt aber den Staat Vorsorge zu treffen, denn die Degenerescenz betrifft nicht nur das Individuum, sondern auch die Nachkommenschaft. Die Zahl der Verbrecher steigt procentual mit der Zunahme der Trunksucht. Die Gemeinden werden durch die Fürsorgepflicht für die Trinker, deren Familien und die ev. irr-

sinnige, blödsinnige oder epileptische Nachkommenschaft immer mehr belastet.

Der anscheinend beruhigte Alkoholist ist eine grössere Gefahr, als derselbe im Zustande acuter Erregung, da oft ein Schluck geistiger Getränke genügt, um die Unruhe und Gefährlichkeit vulkanartig wieder hervorbrechen zu lassen.

Helfen kann daher nur lange fortgesetzte Erzwingung vollständiger Enthaltung vom Alkohol bei angemessener Beschäftigung, möglichst im Freien.

Die Zahl der Trinker, welche dauernd des Alkoholgenusses entwöhnt werden können, wird nur eine geringe sein können. Aber nur dies Wenige lässt sich nur in Asylen erreichen, welche mit dem Recht der Detention ausgestattet sind.

Frage 4 kann nur jede einzelne Anstalt beantworten. Nothwendig ist die Zahl der Fälle, nicht nur der reinen Intoxication durch Alkohol, festzustellen, sondern auch der, bei welchem der übermässige Alkoholgenuss als eines der ätiologischen Momente betheiligt war.

In der mährischen Anstalt betrug diese letzterwähnte Zahl unter dem Bestande von 1881—1887: 16,78; 17,73; 24,68; 23,99; 25,21; 23, 14 und 24,40 pCt.

Dagegen waren unter dem männlichen Zuwachs im Jahre 1885: 28 pCt., 1886: 31,2 pCt. und 1887: 34,2 an Alcoholismus erkrankt. Geisteskrank geworden, unter Mitwirkung des Alkoholmissbrauchs, waren von dem männlichen Zuwachs 1885: 19 pCt., 1886: 14 pCt., 1887: 21 pCt. Auch bei den Frauen sind steigende Zahlen der Erkrankungsfälle durch Alkoholübergenuss bemerkt worden.

Bezüglich der Zahl der Gewohnheitstrinker, welche ev. des Trinkerasyls bedürfen würden, schätzt *Gauster*, dass ungefähr die Hälfte aufnahmebedürftiger Potatoren diesen zuzuweisen sein würden, insofern es sich um längeren Aufenthalt und ev. billigere Verpflegung derselben handeln würde, als die Irrenanstalt bietet.

Frage 5 muss für jedes Land besonders beantwortet werden.

Frage 6. Zur Erreichung vorstehend geschilderter Ziele ist ein Gesetz nothwendig, welches gestattet, unverbesserliche und gemeingefährlich werdende Trinker auf eine durch ärztliches Zeugniss festzustellende Frist einzuschliessen und unter Abhaltung von geistigen Getränken zur Arbeit anzuregen.

Die acuten Formen der Alkoholintoxication gehören dorthin nicht, sondern in die Irrenanstalt. Erst nach Ablauf der acuten Stadien kann das Asyl in Frage kommen.

Frage 7. Der Trunksucht wird durch diese Maassregeln, welche neben der Heilung der Befallenen vorwiegend einen Schutz der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Menschen sichert, nur theilweise gesteuert werden.

Ein System von Maassregeln ist nothwendig, um der Gefahr sich fortverbreitender „Alcoholisation" der Bevölkerung wirksam entgegenzutreten. Die zu diesem Zwecke angegebenen Mittel sind die genügend bekannten und brauchen nicht mehr wiederholt zu werden.

Zur Ergänzung wird aber zu all diesen reglementarischen Vorschriften die Einrichtung der Trinkerasyle verlangt.

Eine bessere Ernährung der unteren Klassen der Bevölkerung ist anzustreben, weil mit deren Ernährung auch die Gefahren des Alcoholismus geringer sein werden.

Eine Beseitigung des Gebrauchs aller geistigen Getränke ist nicht möglich.

ad 8. Die Trennung von der Irrenanstalt zugeführten Trunkfälligen ist nicht durchführbar und keine Abhilfe des Missstandes von einer solchen zu erwarten.

Störung ist gerade von den Kranken vorauszusehen, bei denen nach der Beruhigung des Aufregungszustandes sich eine Zeit äusserlich geordneten Wesens bemerklich macht, in welcher sie aufsetzend und unangenehm werden müssen.

Es müsste also nach Ansicht des Verfassers eine Trennung eintreten, welche ev. durch eine, an die Anstalt angeschlossene, Colonie die beabsichtigten Zwecke erfüllen dürfte.

(Letzteres könnte jedoch nur bei der Sicherung einer, den Leistungen eigentlicher Irrenanstalten gleichkommenden genauen Ueberwachung der Pflegebefohlenen von thatsächlicher Wirksamkeit sein. — Ref.)

Crothers, Ueber die Verantwortlichkeit bei der Trunksucht. — The Alienist and Neurologist, Jan.

Das Erscheinen eines Trunksüchtigen vor Gericht wegen eines Verbrechens führt einen seltsamen Widerstreit zwischen der ärztlichen Begutachtung und der richterlichen Auffassung herbei, sodass, wie *Crothers* behauptet, die Geschworenen auf's Geradewohl entscheiden. Es wird eine Reihe von Verurtheilungen erzählt, welche Verbrecher betrafen, deren Trunksucht bekannt war. In allen diesen Fällen standen Gutachten von ärztlichen Sachverständigen, welche den betreffenden Verbrecher für unzurechnungsfähig im Momente der That erklärten, gegenüber anderen, welche ihn als geistesgesund hinstellten. Diese Verbrecher wurden meist gehangen.

Verfasser verlangt nun, dass endlich über die zu Grunde zu legenden Gesichtspunkte Einigkeit bei den ärztlichen Sachverständigen herrsche und stellt die Forderungen zusammen, welche er für unumgänglich hält zur Aufklärung über Lebensart, Gewohnheiten des Verbrechers, den Grad der Trunksucht und die Aeusserung derselben. Besonders ob ständige oder nur zeitweilig auftretende Trunksucht, oder ob echte Dipsomanie vorlag, ist von Wichtigkeit festzustellen. Sodann die Umstände, unter welchen das Verbrechen geschah, die Rolle, welche dabei der Alcoholismus spielte,

das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Beweggründen der That, die seltsame oder aussergewöhnliche Art der Ausführung.

Wichtig ist sodann der Grad der Ernährung, ein etwaiger Erschöpfungszustand zur Zeit der That, welcher mit den Folgen des Alkoholgenusses zusammenhing; Erschütterungen des Gehirns, Kopfverletzung, Sonnenstich muss nachgeforscht werden.

Ferner der Einfluss der Vererbung des Alcoholismus.

Die folgenden Schlüsse und Zusammenfassungen des Verfassers sind ausführlich wiedergegeben, da sie die extremste Auffassung der Unzurechnungsfähigkeit der Trinker darstellen und wohl nur theilweise Anerkennung finden dürften.

Crothers sagt: 1) Die Unterscheidungsfähigkeit von Recht und Unrecht ist kein Beweis für die geistige Gesundheit des Gefangenen. Seine Fähigkeit oder Unfähigkeit zur Selbstbeherrschung oder Enthaltsamkeit sind die mit wirksamen Prüfungsmittel für seine Verantwortlichkeit. Wenn man dies anerkennt, muss die Frage nach krankhaften Antrieben und übermässiger Neigung zu Spirituosen, und die nach der Beherrschungsfähigkeit oder der Herrschaft der Leidenschaft über den Verstand untersucht werden.

2) Der vergiftende Genuss von Alkohol führt eine Art von Gehirnlähmung herbei in Verbindung mit Illusionen und Hallucinationen, die alle verheimlicht werden können, nur nicht vor einem sorgfältigen Studium.

3) Die Abwesenheit aller hervorstechenden Anzeichen von Geisteskrankheit bei einem Trunksüchtigen ist kein Beweis dafür, dass er geistig gesund ist; anscheinende Gesundheit und Herrschaft über seine Handlungen ist oft nur die Nachdämmerung eines geistigen Zustandes, der entschwunden ist.

4) Die Thatsache von dauerndem und übermässigem Alkoholgenuss, der in all jenen Fällen hervorstechend war, spricht für eine Form von Geisteskrankheit (Manie), ebenso der Verlust der Selbstbeherrschung und die Unfähigkeit, sich die Natur der eigenen Handlungen zu vergegenwärtigen.

5) In all diesen Fällen ist ein körperliches Moment enthalten, bei dem örtliche Lähmung oder Störung in den Gehirncentren vorhanden sein kann. Verzückung und hypnotische Zustände als unmittelbar mittelbare Wirkung von Alkoholgenuss können den Betroffenen völlig bewusstlos und unverantwortlich machen.

6) Nur ein erschöpfendes Studium all dieser Thatsachen in der Geschichte dieser Fälle wird die Beschaffenheit und das Maass der Verantwortlichkeit aufdecken; geringeres als das muss zu Täuschungen und zu grossem Unrecht und Ungerechtigkeit führen.

Die allgemeinen Grundsätze, die in diesen Fällen zu beobachten, sind folgende, welche ein Richter aussprach.

„Wer ein Verbrecher sein soll, muss Gedächtnisskraft und Einsicht

genug besitzen, um zu wissen, dass die Handlung, die er auszuführen im Begriff ist, ein Unrecht ist, und dass er Strafe zu erwarten hat, ebenso muss Verstand und Willen genug vorhanden sein, um ihn in den Stand zu setzen, Vergleiche anzustellen und zwischen Recht und Unrecht zu wählen."

„Wenn er nicht die Einsicht und Verstandeskraft besitzt, eine verbrecherische Absicht und ein solches Ziel zu haben, wenn seine sittlichen und Verstandesfähigkeiten so mangelhaft sind, dass er keinen Willen, kein Selbstbewusstsein oder Kraft der Selbstbeherrschung besitzt, oder wenn seine Verstandeskräfte infolge von gewaltsamer Verletzung oder Geisteskrankheit zeitweilig vernichtet sind, so sollte man ihn nicht für verantwortlich für seine Handlungen halten und ihn dafür bestrafen."

Es muss daher Folgendes resumirt werden.

1) In allen Fällen von trunksüchtigen Verbrechen ist eine geistige Unvollkommenheit vorhanden, und die Unfähigkeit, gesund zu urtheilen oder seine Handlungen zu beherrschen. Ein Trunksüchtiger, der verbrecherische Handlungen begeht, kann nicht gesunden Geistes sein. Ein Verbrecher, der ein Trunksüchtiger ist, ist krank. Kein Trunksüchtiger ist völlig gesund, und kein Verbrecher kann lange gesunden Geistes sein.

2) Die Frage für den ärztlichen Zeugen lautet: Wie weit war der Gefangene sich der Natur seiner Handlungen bewusst? und: Wie weit besass er bei einem bestimmten Verbrechen die Herrschaft über seine Handlungen?

3) Ein Individuum hat ein Verbrechen begangen unter dem Einfluss von Alkohol, und das Gesetz fragt nach seinem Geisteszustand zur Zeit des Verbrechens.

Seine geschwächte geistige Gesundheit und Verantwortlichkeit ist zweifellos.

Ist es möglich, durch das Studium der Thatsachen aus dem Leben des Gefangenen den Grad der Verantwortlichkeit und Zurechnung festzustellen? Können wir bis in diese schattenhaft erleuchtete Gegend von Geistesgesundheit oder Krankheit hineindringen und dem Laster bis zu den unbestimmten Krankheitsumrissen folgen und zeigen, wo die menschliche Gerechtigkeit strafen darf, oder wo sie einen Unverantwortlichen vor sich hat?

4) Der Arzt tritt an diese Frage von der wissenschaftlichen Seite heran, indem er Thatsachen vor allen sittlichen oder gesetzlichen Theorien über Gehirnthätigkeit sucht. Man sollte nicht anstehen, dass, was als wahr erscheint, anzuerkennen, gleichgültig, wie weit es über die allgemein verbreitete Einsicht der Gegenwart hinaus liegt.

5) Wenn die Thatsachen aus dem Leben des Gefangenen auf einen gewissen Grad von Unbewusstheit in betreff der Natur und des Charakters seiner Handlungen und die Unfähigkeit solche Handlungen zu regeln, hinweisen, so sollte die mangelnde geistige Gesundheit des Gefangenen als

Thatsache angenommen werden, da diese weit eher für wahr zu halten ist als das Gegentheil. Es geht nicht an, Grenzlinien zu ziehen, wo Gesundheit und Krankheit sich berühren.

6) Wenn die Thatsache der Trunksucht des Gefangenen festgestellt ist, muss seine Gesundheit im gegebenen Fall bewiesen werden.

Die Thatsache der Trunksucht verkehrt die natürliche Ordnung; seine Krankheit muss angenommen und seine Gesundheit bewiesen werden

7) Schliesslich wird in all diesen Fällen das ärztliche Zeugniss angerufen, die physiologischen, pathologischen und psychologischen Thatsachen und ihre Erklärung festzustellen.

Welche Schlüsse aus diesen Thatsachen zu ziehen sind, ist Sache des Gesetzes, des Gerichtshofes und der Geschworenen.

Wagner, J., Vermeintliches Alkoholdelirium, Diabetes insipidus, Salicylsäurevergiftung. — Wiener klinische Wochenschrift 1888, 38.

Mittheilung eines Falles, welcher zeigt, dass trotz des leicht erkennbaren Krankheitsbildes des Delirium tremens doch differential-diagnostische Schwierigkeiten bestehen können, wenn es sich um Erregungszustände in Folge anderweitiger Intoxication handelt.

Ein 58jähriger Drechsler wurde aus der n. ö. Landesirrenstalt der psych. Klinik mit den anscheinenden Aeusserungen des Delirium tremens zugeführt. Er war nach den ärztlichen Zeugnissen seit 2 Tagen unruhig, schlaflos, suchte allerhand, sah Ratten, Vögel, Fratzen. In der Klinik lärmte er, sah Thiere, musste isolirt werden. Später war er orientirt, sah aber noch allerhand Bilder an der Wand sich bewegen, Figuren sich bilden, hörte Stimmen flüstern. Alkohol wurde schlecht vertragen; Zittern der Zunge.

Diagnose: Alcoholismus.

Die eigenen Angaben liessen jedoch die Annahme des Alcoholismus zweifelhaft erscheinen.

Er hatte vor 1 Jahr ein syphilitisches Geschwür acquirirt, welches keine Folgeerscheinungen hinterliess. Seit 2 Jahren bestand Tremor. Bei dem Beginn der Erkrankung verspürte er Nachts Wadenkrämpfe; keine Schweisse, mehrfach Erbrechen.

Wiederholtes Inquiriren auf den Alcoholismus, welcher trotz des Läugnens vermuthet wurde, liessen die Behauptung der Nüchternheit durch den Pat. dahin erhärten, dass er sehr viel Wasser trinke und es stellte sich heraus, dass Diabetes insipidus vorlag. Die Steigerung des Durstgefühls reichte c. 10 Jahre zurück. Während der psychischen Erkrankung war der Urin sparsam und röthlich gewesen. Es wurde nun ferner festgestellt, dass er damals von einem Arzte „Pulver" verordnet erhalten habe und nach Ein-

nehmen jedes Pulvers verwirrter geworden war. Das nunmehr requirirte Recept ergab, dass jedes Pulver 4 g Natr. salicylicum enthalten hatte. Wieviel salicylsaures Natron der Kranke im Ganzen genommen hatte, war nicht genau festzustellen, in 2—3 Tagen zwischen 12—24 g.

Damit war die Sachlage soweit geklärt, dass nicht eine Alkohol-, sondern Salicylsäureintoxication vorlag.

Der vorliegende Fall schliesst sich einer Reihe von ähnlichen an, welche in der Literatur niedergelegt sind, zeichnet sich aber durch die besondere Schwere der Erscheinungen aus. Bemerkenswerth ist, dass *Bartels*[1]) über besonders schwere Erscheinungen bei 2 Diabetikern berichtet, welche grössere Dosen Natr. salicylicum erhalten hatten, ein bis an Stupor grenzender Grad von Benommenheit des Sensorium, Schwanken, Straucheln, Stürzen. Bei einem dieser Diabetiker entwickelte sich völlige Hemiparese. Dieser Zustand erwies sich bei Wiederholung des Medicaments, nach vorherigem Aussetzen, als deutlich durch dasselbe bedingt. Vielleicht hängt auch die in vorstehend beschriebenem Falle erwähnte Einschränkung der Harnmenge durch die Einführung von Natr. salicylicum mit dem Zustandekommen der Krankheit zusammen.

Erlicki, A., Die Alkoholparalyse. — Wjestnik Psych. Bd. VI. H. 2.

Verfasser untersuchte das Rückenmark eines an alkoholischer Paraplegie verschiedenen Individuums und kommt auf Grund dieser Untersuchung zu folgenden Schlüssen. Bei chronischen Alkoholikern beobachtet man 1. eine selbständige alkoholische Paralyse, bei welcher die Cerebrospinalcentra stets in einem pathologischen Zustand getroffen werden und 2. eine periphere Paralyse ohne Mitleidenschaft der Cerebrospinalcentra, welche leicht unter dem Einflusse verschiedener, wahrscheinlich selbst schwachwirkender Ursachen, in Folge des eigenthümlichen Zustandes des chronisch vergifteten Organismus in einer eigenartigen klinischen Weise verlaufen.

Die Alkoholparalyse ist nie peripheren Ursprungs und Charakters, als Grund haben wir stets ein centrales Leiden zu suchen, doch treten auch Paralysen mit peripherem Charakter in Folge von Neuritis auf.

A. von Rothe.

Toxische Psychosen und Neurosen.

Christian, **Heilung eines Falles von Morphinismus durch plötzliche Entziehung. — Sitzungsbericht. Annales médico-psychologiques. Jan.**

Ein erblich stark belasteter und sehr nervöser und weibisch erzogener junger Mensch, bei welchem jedoch keinerlei Excesse entnervend gewirkt

[1]) Deutsche medicinische Wochenschrift. 1878.

hatten, erlitt in seiner Dienstzeit eine schwere Contusion durch einen Kanonenwischer in der Lendenwirbelgegend. Ein mächtiger Abscess wurde nach Auskratzung cariös gewordener Wirbel zur Heilung gebracht, die ausgedehnte Vernarbung führte aber starke Schmerzen herbei, gegen welche ärztlich Morphium bis zu 0,01 subcutan verordnet wurde. Daher datirt die spätere Morphiumsucht des Betreffenden, welcher schliesslich 2—3 g täglich einspritzte. Die näheren Umstände, wie der Kranke sich trotz aller Vorsorge doch immer wieder Morphium zu verschaffen wusste, Stuhlbeine, Tischständer aushöhlte, um Spritze und Lösung zu verbergen, aus den Asylen, in welchen er wiederholt untergebracht wurde, entwich, sind sehr bemerkenswerth. Schliesslich wurde er auf einen entlegenen Ort auf das Land geschickt, der einzige Apotheker gewonnen, dem Pat. unter keinen Umständen Morphium oder Cocain, welches schon zu 1 g pro die verbraucht wurde, abzugeben. Da fiel dem Kranken ein Fläschchen mit Cantharidenlösung, welches die Aufschrift „Gift" trug, in die Hände, welches er aus Verzweiflung zu subcutanen Injectionen benutzte. Der Erfolg war eine Gangränentwickelung am Bein, welche beinahe zur Amputation führte. Da inzwischen schon psychische Alterationen mit schreckhaften Hallucinationen aufgetreten waren, so wurde der Betreffende endlich in Charenton untergebracht und die Morphiumsucht durch plötzliche Entziehung geheilt. Diese Cur und die Aeusserung der Abstinenzerscheinungen bieten nichts wesentlich Neues.

In der an den Vortrag *Christian*'s angeschlossenen Discussion, welche sich vorwiegend über die Frage der plötzlichen oder langsamen Entziehung und die Berechtigung verbreitete, die Morphinisten zwangsweise zur Entwöhnung von dem Gift in einer Anstalt zu zwingen, wurde die letztere Frage verneint. Ueber die beste Methode der Entziehung gingen die Meinungen auseinander; während die Einen die brüske Entziehung lobten, erwähnte *Pichon* mehrere Fälle, in welchen in Folge dieser plötzlichen Entziehung der Tod eintrat. Die Dosen, welche von Morphinisten schliesslich pro Tag verbraucht werden, sind kaum glaubliche, 3—6 g Morphium pro die, in einem Falle sogar 9! g sind da verzeichnet. *Riu* trug noch 2 Krankengeschichten vor, von denen die erste den guten Erfolg der plötzlichen Entziehung erkennen lässt, während die zweite, welche gegen heftige hysterische Anfälle zum Morphiumgebrauch gekommen war, mit Erfolg hypnotisch behandelt wurde. Nach der Versicherung *Riu*'s wurde durch die Suggestion in der Hypnose, dass die Patientin kein Morphium mehr bekommen werde, aber auch keinen hysterischen Anfall mehr zu erleiden haben werde, ein gefahrdrohender Zustand von Syncope am 3. Tage der Entziehung wirksam bekämpft, die schreckhaften Hallucinationen beseitigt und Schlaf hervorgerufen, sodass die Genesung eingeleitet wurde.

Tuczek, Schwere Antipyrinvergiftung bei einem Kinde (Antipyrin-epilepsie). — Berl. klinische Wochenschrift No. 17.

Verfasser vermehrt die schon bekannten Fälle von Intoxication durch Antipyrin durch einen sehr bemerkenswerthen, welcher sein eigenes Kind betraf. Dieses mit 2 anderen an Keuchhusten erkrankt, erhielt nach *Sonnenberger*'s Vorschrift 3 mal tägl. soviel Decigramm Antipyrin als das Kind Jahre zählte, der 4jährige Knabe also 1,2 g pro die, innerlich.

Nach 3 wöchentlichem Gebrauch erkrankte dieser Knabe, welcher sich, von den Hustenanfällen abgesehen, durchaus wohl befunden hatte, unter folgenden Erscheinungen: das sehr kräftige Kind klagte über Müdigkeit bei mächtiger allgemeiner Unruhe; Nacht schlaflos, am anderen Morgen Erbrechen. Das Antipyrin wurde jetzt ausgesetzt. Am Vormittag Schläfrigkeit und Theilnahmslosigkeit, Nachmittags ausgesprochener epileptischer Anfall mit Tonus, Clonus, Stertor und Coma. Danach tiefer Sopor, erweiterte Pupillen, Urin, spontan gelassen, riecht nach Aceton, Abends allgemeines scharlachrothes Exanthem in kleinen, kaum erhabenen Pusteln. Therapie Calomel zu 0,1, 3malige Dosis bis nach Mitternacht.

Während der Nacht fortwährende Jactation, schnüffelnde Inspiration bei Cheyne-Stokes-Typus der Athmung.

Später offenbar starker Leibschmerz. Uebrigens Bewusstlosigkeit, keine Reaction auf Anrufen. Am 3. Tage nochmaliger epileptischer Anfall ohne initialen Schrei: Zuckungen, vom rechten Mundwinkel ausgehend, erschüttern, über die rechte Seite weitergreifend, den ganzen Körper. Dieser Anfall leitete eine ganze Reihe ähnlicher, ganz typischer epileptischer Anfälle, anfänglich mit $^1/_4$stündlichen, später $^1/_2$—$^3/_4$stündlichen Intervallen, im Ganzen eine Serie von c. 30 Anfällen ein; in deren Pausen: Zähneknirschen, Arythmie der Herzthätigkeit, tetanische Spannungen in einzelnen Muskelgebieten auffielen. Am 4. Erkrankungstage Morgens Nachlass der Krämpfe, Temp. 38; Rückkehr der Besinnlichkeit, aber noch Somnolenz. Es folgten noch einige leichtere Anfälle während des Schlafs, dann ein Zustand, in welchem bei Wiederkehr der Besinnung Ataxie der Bewegungen (beim Greifen), langsamer, skandirender Sprache und Paraphrasie, leichter psychischer Alteration allmälig die Genesung erfolgte.

Die ganze Krankheit erstreckte sich über c. 8 Tage. Der Keuchhusten, welcher neben dieser Periode zurückgetreten war, brach sodann in voller Stärke wieder hervor.

Verfasser legt noch ausführlich die Differentialdiagnose zwischen Meningitis und einer Intoxicationskrankheit aus einander.

Der Krankheitsfall reiht sich den nach längerem Gebrauche mannigfacher Mittel beobachteten Krampfanfällen an, wobei die jüngst beobachtete Cocainepilepsie (*Heimann*, Deutsche med. Wochenschr. 1889, No. 12) Erwähnung verdient.

Diese Nebenwirkung des offenbar direct auf die Grosshirnrinde wir-

kenden Antipyrins mahnt zur Vorsicht, zumal bei jugendlichen Individuen.

Besonders hervorgehoben wird die während des ganzen Krankheitsverlaufs bestehende Acetonurie.

Von einer Autoinfection mit Aceton (*Jacksch*) kann im vorgetragenen Falle keine Rede sein; das Aceton muss durch rapiden Zerfall eiweisshaltigen Körpermaterials in dem epileptischen Zustande sich entwickelt haben.

Lyssa.

Laufenauer (Buda-Pest), Ueber Lyssa humana. — Centralblatt für Nervenheilkunde u. Psychiatrie von *Erlenmeyer*. No. 9.

Als Referent der ständigen Commission zur Erforschung der Lyssa humana berichtet *L.* über die von Febr. 1886 bis Juli 1888 in Pest vorgekommenen 10 Fälle von Lyssa humana, welche mit tödtlichem Ausgange endeten.

Diese Fälle verhielten sich zu den durch Hundebisse überhaupt erfolgten Verletzungen derart, dass im Jahre 1886 von 150 gebissenen Individuen erkrankten 2[1])+3 = 1,8 pCt., im Jahre 1887 von 101 gebissenen Individuen erkrankten keine, im Jahre 1888 von 60 Individuen 5 = 8 p.

Dem Geschlecht nach waren von den Verstorbenen 6 männlich, 4 weiblich, darunter 5 Kinder, ein Herangewachsener, 4 Erwachsene.

Da die Hundswuthinfection bei Kindern vielfach atypisch verläuft, vermuthet *L.*, dass die vorgemeldeten Zahlen nicht ganz der Wirklichkeit entsprechen; andererseits erklärt sich die grössere Zahl der von Lyssa befallenen Kinder, nicht etwa aus der Wehrlosigkeit dieser, sondern aus der grösseren Empfänglichkeit des kindlichen Organismus für das Gift. Das Alter der an Lyssa Erkrankten betrug 3, 4, 6, 9, 11, 12, 28, 35 und 44 Jahre.

Die Incubationsdauer betrug: 62 (4), 73 (11), 68 (17), 83 (35), 62 (40), 21 (28), 48 (9), 39 (44), 68 (3), 39 (6) Tage, wobei die eingeklammerten Ziffern das Alter der betreffenden Individuen angeben; bezüglich des Ortes der Verletzung ergab sich, dass der Ausbruch der Krankheit um so eher erfolgt, je näher der Biss gegen das verlängerte Mark hin erfolgte. Der Krankheitsverlauf schwankte zwischen 2—6 Tagen; auf die Dauer desselben schien nur der Grad des Virus von Einfluss zu sein; das Kindesalter schien meist die ruhigere, das höhere Alter die erregtere Form der Krankheit zur Erscheinung zu bringen. Zu der bekannten klinischen Aeusserung der Lyssa humana fügt *L.* noch hinzu das regelmässige Auftreten von Fieberbewegungen; 40—41,5° bedeuten untrüglich das nahende Ende. Auf der

[1]) NB. 2 für das Jahr 1886 als Todesfall notirte Lyssafälle hingen mit im Vorjahre erlittenen Bissen zusammen.

inficirten Körperseite war die Temperatur um einige Zehntelgrade höher als auf der unverletzten; vielfach wurde das Cheyne-Stokes'sche Athmungsphänomen beobachtet.

Die Pupillen sind in der Regel erweitert und zwar ungleichmässig. Die Nerven mit den Endapparaten waren hochgradig hyperästhetisch; Einwirkung eines beliebigen Schalles rief Zittern des ganzen Körpers hervor, Annäherung der Uhr an das Ohr, oder der Stimmgabel an den Kopf löste Contraction der Bauchmusculatur aus, der Kopf wurde entsetzt fortbewegt. Die typische Steigerung sämmtlicher Haut-, Muskel- und Sehnenreflexe wird besonders hervorgehoben. Anblasen der Haut — löst z. B. die heftigsten Schlingkrämpfe und Dyspnoe aus. Bestätigt wird die mit *Pasteur*'s Untersuchungen im Einklange stehende Thatsache, dass die Reflexerregbarkeit der bulbären Nerven erhöht ist und die Virulenzerscheinungen in ihrem Gebiete die heftigsten sind. Das Gift scheint, nach der Schmerzhaftigkeit der peripheren Nervenbahnen zu schliessen, sich längs der Nerven gegen das Centrum hin zu verbreiten. Als constantes Symptom wird das Zittern erwähnt, dessen Curve der der Paralysis agitans ähnlich sei bezüglich der Zahl der Schwingungen, bezüglich der Form derjenigen der Hysterie.

Im Sehvermögen wurde keine Störung beobachtet; wohl bestand Lichtscheu.

Urinabsonderung ist vermindert, der Urin von hohem spec. Gewicht, gewöhnlich eiweisshaltig. Als Medicamente wurde eine ganze Reihe von Präparaten angewendet, alle die bekannten Schlafmittel, ferner Morphium, Cocain, Coniinum hydrobromatum, überdies Curare, Extr. sec. cornutum, dann warme Umschläge in den Nacken und warme Vollbäder. Von allen diesen wird nur dem Chloralhydrat, zumal bei Athembeschwerden und gegen die tetanischen Krämpfe eine deutliche mildernde Wirkung zugeschrieben. Der anatomische Befund bei Verstorbenen ergab eine starke Hyperämie der Hirnrinde, der weissen Substanz und der subcorticalen Ganglien.

Das Rückenmark ist Sitz einer diffusen Entzündung, welche die weisse und graue Substanz ergriffen hat, hauptsächlich die letztere. Die grauen Hörner sind von massenhaft ausgewanderten weissen Blutkörperchen durchsetzt, besonders in der Umgebung der Nervenzellen.

An den multipolaren Ganglienzellen der Vorderhörner tritt eine auffällige pigmentöse Atrophie hervor, der Gliakorb ist erweitert. Die Ganglienzellen liegen darin excentrisch, was auf einen starken, in dem pericellulären Raume bestandenen Druck hinweist. In den Hinterhörnern fand man Blutextravasate, das Mark der Nervenfasern der hinteren Stränge war meist zergliedert und theilweise Myelintropfen ausgetreten. Das ganze Bild entsprach einer von den grauen Hörnern als Heerd aufgehender, nach aussen sich entwickelnder acuter Myelitis. Die Untersuchungen *Cantani*'s, dass das Virus sich auf dem Wege der peripheren Nerven hin gegen das Centrum hin fortpflanze, wurden durch die Fälle *Laufenauer*'s zum Theil bestätigt.

Verfasser ermahnt zur genauesten klinischen Beobachtung der einzelnen

Fälle von Lyssa humana, deren klinische Aeusserung immer noch nicht zu Genüge festgestellt sei, kann aber schon berichten, dass es gelang, in einem Falle anscheinend einfacher Manie — ohne jeden anamnestischen Anlass — das Krankheitsbild der Lyssa festzustellen, eine Diagnose, welche durch Impfungen von dem Hirn des Verstorbenen bestätigt wurde.

---

10. Idiotie und Cretinismus. Referent: Wildermuth-Stuttgart.

Pilliét, A., Doppelseitiger Klumpfuss und sonstige zahlreiche Missbildungen. — Nach dem *Erlenmeyer*'schen Centralblatt 12 Jahrg. No. 8, S. 246—247.

24jähriger Idiot, seit früher Jugend vagabondirend, hat nie Unterricht erhalten, keinerlei Schulkenntnisse, kann aber einige Lieder auswendig, zeigt eine Reihe von Missbildungen: Platter Schädel, rückliegendes Kinn, Ohren sehr gross, angewachsene Ohrläppchen, Gaumen stark gewölbt, Zähne gerifft, cariös; schwache Muskelkraft in den oberen Extremitäten, leichter Tremor bei intendirten Bewegungen; Klumpfussbildung der unteren Extremitäten; zeigt sich als nicht bildungsfähig. Der Kranke stammt von einem trunksüchtigen Vater und von einer Mutter, welche an Krebs starb. Ein Bruder scheint gleichfalls schwachsinnig. Verf. führt diese Missbildungen auf eine Affection gewisser Centren in der Hirnrinde und im Rückenmark, besonders die trophischer Natur, zurück. Vorliegender Fall ist der Vollständigkeit halber angeführt, obgleich Ref. sagen muss, dass mit dem gleichen Recht, wie dieser Kranke, $^2/_3$ der Insassen jeder Idiotenanstalt einzeln beschrieben werden könnten. Die Schlussfolgerungen des Verf. ohne anatomischen Befund sind rein speculativer Natur.

Chambard, Ernest, Hautaffectionen bei einem Schwachsinnigen.

Beobachtung über einen 33jährigen Kranken von Ville-Evrard, schwachsinnig, speciell wegen seines Hangs zu Alkoholexcessen internirt, der noch mit zwei verschiedenen Hautaffectionen behaftet ist. Erstens leidet der Kranke an Erythraema (Eczema marginat. H.); zweitens findet sich eine krankhafte Veränderung der Haut, welche der Verf. als Dermoneurose stéréographique bezeichnet. Diese Affection besteht darin, dass jeder mechanische Reiz der Haut eine urticariaartige Blasenbildung hervorruft und zwar so, dass dieselbe genau die Form des berührenden Körpers wiedergiebt, ähnlich dem Eindruck eines Siegelstocks. Die Veränderungen, die sich auf der Haut vollziehen, verlaufen in folgender Weise: bei Berührung

mit dem betreffenden Körper wird die Haut je nach der Intensität der Berührung für kürzere oder längere Zeit plötzlich blass. Einige Augenblicke nachher tritt eine intensive erythematöse Röthung an der betreffenden Stelle auf, welche sich auch auf die Nachbarschaft verbreitet. Wieder nach einigen Minuten kommt es, genau der Form und Ausdehnung des Erythems entsprechend, zur Bildung einer Blase, die zunächst gleichmässig roth, aber gleich darauf im Mittelpunkt blass wird. Allmälig nimmt dann die Haut ihr normales Verhalten wieder an. Gefühl von Jucken ist nicht vorhanden; dagegen steigt die Hauttemperatur an dieser Stelle erheblich. Z. B. beträgt die Hauttemperatur auf der rechten Seite, wo diese Papel sich gebildet, 35,7, auf der linken normal 33,7. Die Elektricität zeigte sich von sehr geringer Wirkung auf die Haut; die Anwendung eines starken faradischen Stromes rief eine leichte Papelbildung an der betreffenden Stelle hervor. Mit dem constanten Strom liess sich nun eine leichte Röthung der Haut erzeugen. Chemische Reizung der Haut blieb so gut wie wirkungslos. Verf. macht darauf aufmerksam, dass bisher eigentlich nur bei Hysterischen derartige Hauterscheinungen beobachtet wurden; *Huchard* beobachtet 1 Kranke, bei welcher in periodischer Weise auf der Haut eine Papelbildung eintrat, als Vorbote reichlicher Petechienbildung, und *Charcot* berichtet von 1 Kranken, bei welcher sich durch Berührung, etwa einen Strich mit dem Fingernagel jede beliebige Figur auf der Haut bilden lässt, indem durch den mechanischen Reiz eine intensive Röthung entsteht, welcher eine bis zu 2 mm hohe Anschwellung der gereizten Stelle folgt.

Bruck, Franz, Ueber einen Fall von congenitaler Makroglossie etc. — Aus der Deutschen medicin. Wochenschrift No. 8.

Enorme Vergrösserung der Zunge, welche operativ verkleinert werden muss, bei einem 10 Monate alten Kind. Recidiv der Zungenhypertrophie nach 6 Monaten, gleichzeitig mit einer Hypertrophie der gesammten Skelettmusculatur, während die Haut ein atrophisch-seniles Aussehen hat. Die mechanische Muskelerregbarkeit nicht gesteigert, Hautreflexe nicht verstärkt; Patellar- und Fussclonus nicht vorhanden, während der Kniesehnenreflex eine leichte Erhöhung zeigt. Gehör, Geschmack, Geruch scheinen nahezu zu fehlen, ebenso ist die Schmerzempfindung vermindert. Das Kind wurde schon im 1. halben Jahre als idiotisch erkannt und stirbt gegen Ende des 2. Jahres an Pneumonie. — Die anatomische Untersuchung ergibt eine echte Hypertrophie der Musculatur. Die Hypertrophie der Zunge ist nur ein Theil der allgemeinen Hypertrophie. Dieselbe steht mit dem idiotischen Zustand in innerem Zusammenhang.

Camuset-Bonneval, Idiotie mit Pachydermie und Kachexie. — Archiv. de Neurolog. Januar.

Verf. beschreibt einen Fall von Cach. pach., welcher alle von *Bourneville* aufgeführten charakteristischen Merkmale zeigt. A. F., eine 24jährige,

tiefstehende Idiotin; mit Cach. pach. behaftet; keine Geistes- oder Nervenkrankheiten in der Familie; dagegen der Grossvater, der Vater und dessen 7 Geschwister Trinker.

F. bietet den ausgesprochen cretinösen Typus; durchaus kindlichen Habitus einer etwa Zweijährigen. Gehen kaum möglich ohne sich zu halten: Haut im Allgemeinen runzlig, gelb, wachsartig, nicht auf den Wangen, wo sie dunkelroth ist. An den Armen eine Art Ichthyosis. An den Beinen ist die Haut zart. Der Schädel symmetrisch (Umfang 56 cm). Grosse Font. nicht verknöchert. Stimme rauh, tief, Sprache sehr undeutlich. *B.* führt dies auf Mixödem der Larynxschleimhaut zurück. Die Schilddrüse nicht wahrnehmbar; so viel man mit Bestimmtheit vor der Autopsie sagen kann, fehlt dieselbe.

Die Cach. pach. trat bald nach der Geburt des anfangs nicht als abnorm erkannten Kindes ein und führte den Stillstand der Entwickelung herbei. Selbst im Jugendalter auftretend, hat dies Uebel stets eine Schädigung der psychischen Functionen zur Folge.

Bourneville bemerkt dazu, nach mehreren vorliegenden Photographien, wie alle diese Kranken die gleiche und charakteristische Physiognomie bieten, der Zustand des Halses, der Glieder, besonders der Hände und Füsse immer derselbe ist. Bei keinem der lebenden veröffentlichten Fälle war es möglich, die Schilddrüse zu fühlen.

In den beiden Sectionen *Curling*'s, in der von *Fletcher Beach*, von *Bouchaud* und den 3 von *Bourneville* fehlte die Schilddrüse gänzlich.

Bourneville schliesst aus seinen Untersuchungen, dass man berechtigt ist, eine besondere Form der Idiotie, die Idiotie pachyd., aufzustellen.

Fletcher Beach, Hirnkrankheiten bei Imbecillen. — Americ. Lancet. Januar.

Hirnkrankheiten im engeren Sinne sind bei Idioten seltener als Entwickelungshemmungen. So findet man häufiger einfache Anordnung der Windungen als Geschwülste, Hydrocephalus und sklerotische Processe. Hydrocephalus kann angeboren sein oder erst später auftreten. Es ist zu bemerken, dass der hydrocephale Schädel sich von dem rhachitischen in seiner Form unterscheidet. Hypertrophie des Hirns ist eine verhältnissmässig seltene Krankheit und ihre Ursachen sind nicht bekannt. Die Ernährungsstörung, welche ihr zu Grunde liegt, bewirkt hauptsächlich eine Vermehrung der Neuroglia, bedingt meistens durch Albumininfiltration des Gewebes. Die Hauptsymptome sind Kopfweh, Erregungs- und Dämmerzustände, Abnahme der Intelligenz, Gehstörungen und Krämpfe. Hirnatrophie ist die Folge einer unvollständigen Entwickelung oder vom zu Grunde gehen früher vorhandener nervöser Elemente. Mikrocephalie gibt ein Beispiel von der ersten Art.

Osler, W., Idiotie und Schwachsinn in Beziehung zur Kinderlähmung. — The Alien. and Neurolog. Januar.

Der Verfasser bespricht die Hemipl. infant. von 22 in der Pennsylv. Anstalt Elwyn für schwachsinnige Kinder befindlichen Fälle. Dieselbe ist nach dem Verf. ein keineswegs seltenes Uebel des Kindesalters, an Häufigkeit nur der Spinal-Paralyse nachstehend. Die Berichte des Krankenhauses für Nervenleidende in Philadelphia weisen nach, dass auf fünf Fälle schwerer Lähmung bei Kindern mindestens einer cerebralen Ursprungs ist.

In der Mehrzahl der Fälle tritt das Uebel in den ersten zwei Lebensjahren auf, setzt mit plötzlichen Krämpfen ein, ist oft von Fieber begleitet, dann Coma von verschieden langer Dauer und beim Erwachen Lähmung einer Seite — ein in $^3/_4$ der Fälle beobachteter Verlauf. Nach einiger Zeit bessert sich die Lähmung, zuerst die des Gesichts. Die Sprache zeigt sich wieder und der Gebrauch des Beins, seltener der des Arms, welcher häufig atrophisch wird. Die Mehrzahl der Kranken zeigt den charakteristischen hemiplegischen Gang. In den gelähmten Gliedern, besonders dem Arm, sind Contracturen häufig. Posthemiplegische Bewegungen, Athetose, ebenso als schwere Folge Epilepsie. Eine beträchtliche Anzahl weist alle Stufen geistigen Defects vom einfachen Schwachsinn bis tiefsten Blödsinn auf. Von den 22 in Frage stehenden Fällen sind 14 mit rechtsseitiger, 9 mit linksseitiger Hemiplegie behaftet, 14 mit Epilepsie.

Ueber die eigentliche Ursache ist man noch nicht einig; *Strümpell* hält es für eine Entzündung der grauen Rinde, welche sich auf die motorische Region erstreckt, analog der Entzündung der Vorderhörner des Rückenmarks bei der kindlichen Spinalparalyse. In manchen Fällen ist Embolie, in anderen möglicherweise Thrombose der corticalen Venen die Ursache. Der anatomische Befund ergibt entweder Sklerose der grauen Substanz, welche auch die motor. Zone ergriffen, oder grosse mit Flüssigkeit gefüllte, mit Membranen bedeckte Hohlräume in der Hirnsubstanz (Porencephal.).

Tuczek und *Cramer, A.*, Ein Hydrocephalus ungewöhnlichen Umfangs. — Archiv f. Psychiat. Bd. XX. 2.

Sectionsbefund eines mit Hydrocephalus behafteten 42jährigen Mannes. Psychisch war derselbe als schwachsinnig zu bezeichnen, Sprachvermögen jedoch vorhanden. In physischer Beziehung ist zu bemerken: Horizontalumfang des Schädels 75 cm. Der Schädel zeigt die für Wasserkopf charakteristische Form. In den unteren Extremitäten beiderseitig Parese und Contractur.

Gehirn ziemlich symmetrisch; Hemisphärenwand enorm verdünnt, theilweise bis auf 2 mm. Die Windungen abgeflacht; zwischen Thal. optic. und Nucl. caudatus findet sich eine Schicht weisser Hirnsubstanz. Inseln nicht vollstä[illegible] bedeckt. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, dass die Zellen Fasern der grauen Corticalsubstanz quantitativ normal sich verhalte[illegible]

Nervenfasern aber auffallende Feinheit zeigen. Die Pyramidenbahnen werden schon im Gebiet der Hirnschenkel degenerirt gefunden und diese Degeneration lässt sich bis in das Sacralmark verfolgen.

Nach Ansicht der Verf. ist der pathologische Process, dessen Folge der Hydrocephalus ist, in das 1. Lebensjahr zu verlegen. Dafür spricht hauptsächlich, dass die Pyramidenbahnen schon vorhanden sind.

Köster–Upsala, Ein Beitrag zur Kenntniss der feineren pathologischen Anatomie der Idiotie.

Beschreibung des Gehirns eines 26jährigen Idioten, der vollständig blödsinnig war, nicht sprechen konnte, gefüttert werden musste und stets unreinlich blieb. Ausserdem traten bei ihm sehr heftige Wuthanfälle auf Genauere klinische Thatsachen waren nicht zu erheben.

Das in Chromsäure gehärtete Hirn soll makroskopisch namentlich in Beziehung auf Anordnung der Windungen keine Anomalien gezeigt haben. Zur mikroskopischen Untersuchung kamen die Frontal- und Centralwindungen, 1. und 2. Temporalwindung, Insel und Stücke aus dem Hinterhaupthirn. Die Färbung wurde mit Congoroth, Ammoniakkarmin (*Nissl*), theilweise mit Picrokarmin vorgenommen. Die Resultate waren kurz zusammengefasst folgende: bezüglich der Neurogliasubstanz eine Verdichtung des Gewebes durch Einlagerung verdickter glänzender Faserzüge. Die Färbung der Neurogliazellen gelang übrigens nicht genügend. Die Ganglienzellen zeigten in der Insel und nach dem in den Temporalwindungen die meisten Veränderungen: Atrophie, Pigmentdegeneration, Schieflagerung, Vacuolenbildung. An den Gefässen erwiesen sich die Wandungen erheblich verdickt; dieselben verliefen in Folge zahlreicher Ausbuchtungen zickzackförmig. Die Wand zeigt eine homogene Färbung; Bildung von Kernen oder Fettkörperchen war nicht wahrzunehmen. Die Lymphräume waren wesentlich erweitert; von den Ganglienzellen, resp. Blutgefässen durch breite Spalten getrennt. Verfasser hält die Veränderung wesentlich für eine fötale, namentlich wegen Schieflagerung der Pyramidenzellen. Letztere wurde überhaupt nur bei Idiotie gefunden. Die Erweiterung der Lymphräume ist eine Folge der Schrumpfung der Neuroglia, durch welche die Lymphcirculation erschwert wurde.

Marchand, Beschreibung dreier Mikrocephalengehirne nebst Vorstudien zur Anatomie der Mikrocephalie. (Nova Acta der kaiserl. Leop. Carol. Deutschen Akademie der Naturforscher. Bd. LIII, No. 3.) — Nach einem Ref. in *Mendel*'s neurol. Centralblatt. 8. Jahrgang, No. 12.

I. Gehirnwindungen namentlich am Scheitellappen ausserordentlich vereinfacht und abgeflacht. Centralfurche verläuft senkrecht zur Medianlinie; Ausbildung einer ausgesprochenen Affenspalte mit vollständigem

Operculum occipitale; rudimentäre Entwickelung der 1. und 2. Hinterhauptswindung, Uebergangswindungen nach dem Typus der niederen Affen; Uebergang der Fissura calcarina in dem Sulcus ammonis; Anhäufung der grauen Substanz an der Convexität des Grosshirns, besonders des Scheitellappens und der vorderen Centralwindung. Medulla oblongata: abnorme Vertheilung der grauen Substanz der Oliven, mehrere Nebenoliven, Erweiterung der Ventrikel.

II. Gehirn: beträchtliche Verkleinerung des Grosshirns; Einfachheit der Windungen. Insel nicht ganz bedeckt; Fortsetzung der Fissura parieto-occipit. in den Sulc. occip. transversus. Verkürzung des Balkens.

III. Gehirn. Schädel skoliotisch. Vereinfachung der Windungen: theilweises Freiliegen der Insel; Uebergang des rechten Sulcus centralis in den hinteren Schenkel der Fissura Sylvii; abnorme Bildung des Hinterhauptlappens; abnorme Bildung der Parieto-occip.-Furche, besonders rechts. Verkürzung des Balkens nach hinten.

***Jensen*, Ein Fall von enormem Hydrops des unteren und linken Horns bei einem Idioten. 21. März 1888. Vortrag. — Berlin. medic. Gesellsch.**

Es handelt sich um einen in Allenberg gestorbenen erwachsenen, mit Epilepsie behafteten Idioten.

Hirngewicht 1100 g. Schläfen- und Scheitellappen sind in eine grosse Cyste umgewandelt, welche 140 g Flüssigkeit enthält. Hierbei giebt *Jensen* seine Methode zur Messung der Oberfläche des Gehirns an.

***Tomaschevski*, Zur Frage über die Veränderung in der Hirnrinde in einem Fall von in früher Kindheit erworbener Blind- und Taubheit. — Psych. Gesellschaft in Petersburg. Sitzung v. 5. Nov. 1888. Ref. v. Dr. *Hinze*, Centralblatt für Nervenheilkunde XII, 1, p. 25.**

Referat über das Gehirn eines achtjährigen Knaben, der in seinem 2. Lebensjahr eine Meningitis cerebrospinal. überstanden und in Folge derselben Gesicht und Gehör verloren hatte; dagegen waren Gefühl und Geruch sehr entwickelt. Der Kranke war mit Epilepsie behaftet. Der Tod erfolgte an Skorbut. Die Untersuchung des Gehirns ergab Atrophie der hinteren Vierhügel, besonders links; ferner Atrophie der 2. und 3. Occipitalwindung, ebenfalls besonders links. Gyrus angul. und cuneif. sind gleichfalls atrophisch. Linksseitig ausserdem der Schläfenlappen in toto verkürzt, insbesondere auch die 1. Schläfenwindung verkümmert. Nach *T.* ist die vorwiegende Erkrankung der linken Hirnhälfte besonders dadurch bedingt, dass das rechte Auge früher zu Grunde ging als das linke, und er will aus dem Befund eine Bestätigung der Localisationstheorie im Sinne *Munk*'s entnehmen.

Zur Bedeutung verschiedener Missbildungen der Ohrmuschel als Degenerationszeichen.

Binder, Das *Morel*'sche Ohr.

Schwalbe, Das *Darwin*'sche Spitzohr.

Chiarugi, Il tuberculo di *Darwin* nell' orechio umano. Nach einem Referat in *Mendel*'s neurolog. Centralblatt. Bd. 8. No. 8. S. 241.

Metzger, Zur Frage der Degenerationszeichen. Bd. 45, Heft 5 dieser Zeitschr.

Die umfassendste unter den vorliegenden Arbeiten ist die *Binder*'s, welcher sämmtliche Missbildungen der Ohrmuschel monographistisch behandelt, hauptsächlich diejenigen Formen, welche als Degenerationszeichen angeführt zu werden pflegen. Nach einer kurzen Erwähnung der in die Breite der Normalität fallenden Ohrtypen bespricht der Verf. die Anomalien der Ohrmuschel in toto. Die Abweichungen von der durchschnittlichen Grösse der Inplantation, Abnormitäten beider Ohrmuscheln. Dann werden eingehend die Anomalien in Bau und Beschaffenheit der einzelnen Theile der Ohrmuschel erörtert, welche im Original nachgelesen werden müssen. Aus den mit grossem Fleiss gesammelten Einzelheiten sollen hier nur diejenigen Formen genannt werden, welche zweifellos Bedeutung als Degenerationszeichen haben. Es sind dies folgende:

Die Ohrmuschel ohne oder mit angewachsenem Läppchen; die von *Stahl* beschriebenen Ohrformen, die gekennzeichnet sind entweder durch eine Verbreiterung des Helix oder in einer Vermehrung der typischen Knorpelleistung bestehen; das Ohr mit dem *Darwin*'schen Punkt, eine in letzter Zeit vielbesprochene Abnormität.

Eine weitere charakteristische Form ist die vom Ref. erstmals beschriebene, welche durch ein starkes Prominiren des Helix gekennzeichnet ist [1]). Eine andere am angeführten Ort erstmals benannte Abweichung erkennt auch *B.* als charakteristisch an, die nur bei den aztekenartigen Mikrocephalen vorkommende Missbildung: Tieferliegen des unteren Antihelixschenkels zum oberen, erhebliche Abflachung des letzteren, Fehlen oder Verwachsensein des Ohrläppchens. Ferner das *Morel*'sche Ohr im engeren Sinn, bei welchem mehrere Anomalien zusammentreffen, für welches aber besonders erhebliches Abstehen und Verstrichensein der Fossa scaphodea charakteristisch ist.

In dem 2. Theil seiner Arbeit bespricht *B.* das Vorkommen und die Bedeutung dieser degenerirten Ohrformen. Ref. kann dem Verf. auf Grund langjähriger Beobachtung in und ausserhalb von Anstalten, in den verschiedensten Ländern und bei verschiedenen Menschenrassen, nur beistimmen, wenn er die Ohrmissbildungen zu den wichtigsten Degenerationszei-

[1]) Vergl. Degenerationszeichen bei Idioten und Epileptikern. Württemb. Correspondenzblatt 1886 No. 40.

chen rechnet und betont, dass solche Verbildungen durchaus nicht häufig im gewöhnlichen Leben beobachtet werden. Sehen wir solche Ohren ausserhalb der Anstalten, so können wir daraus allein schon mit Sicherheit auf das Vorhandensein neuropathischer Belastung oder Anlage des jeweiligen Individuums schliessen.

Bezüglich der sehr genauen statistischen Zusammenstellungen und den daraus gezogenen Resultaten möchte Ref. bemerken:

Die Differenzen, welche in dieser Hinsicht zwischen *B.*'s und seinen Resultaten obwalten, lassen sich vollständig dadurch erklären, dass Ref. bei der Zählung nur ganz unzweifelhaft abnorme Bildungen berechnet hat und er glaubt, dass es rathsam ist, dies überhaupt zu thun. Denn die Grenze zwischen normal und annormal ist namentlich bei den Ohren mit prominirendem Antihelix, bei dem eigentlichen *Morel*'schen Ohr eine sehr fliessende.

Ausschliesslich das *Darwin*'sche Spitzohr bespricht *Schwalbe*, ausgehend von vergleichend anatomischen und embryologischen Studien, in erschöpfender Weise. Er kommt zum Schluss, dass diese Bildung eine atavistische Bedeutung nicht habe. Dieser Schluss scheint mir gerade aus *Schwalbe*'s Untersuchungen, sobald wir das Wort atavistisch in dem allgemein gebräuchlichen weiteren Sinn nehmen. *Schwalbe* polemisirt gegen die Bezeichnung und Auffassung dieser Ohrmuschelvarietäten als degenerirter Ohren. Die Benennung ist für den psychiatrischen Standpunkt gleichgültig. Es wird nichts anderes behauptet als die empirisch vielfach bewiesene Thatsache, dass in neuropathisch belasteten Familien neben anderen physiologisch irrelevanten Missbildungen auch gewisse Formen der Ohrmuschel häufiger vorkommen als bei Personen aus ganz gesunden Familien. Dass gerade die Ohrmuschel so vielfach Abweichungen zeigt, lässt sich durch den anerkannten Satz erklären, dass rudimentäre Organe die Neigung haben zu variiren.

Während, wie eben erwähnt, *Schwalbe* den atavistischen Ursprung des *Darwin*'schen Ohrs in Frage zieht, bringt *Chiarugi* in seiner Arbeit einen unseres Erachtens geradezu schlagenden Beweis für die Richtigkeit dieser Auffassung und zwar durch Berücksichtigung der Anordnung der Flaumhaare am Helix. Bei den Säugethieren nämlich mit behaarten Spitzohren convergiren die Haare gegen die Ohrspitze, wodurch bei vielen ein nach oben ragender Schopf entsteht. Beim Menschen findet sich nun, dass im ersten Drittel des Helix — vom Kopfansatz an gerechnet — die Flaumhaare nach aussen und oben gerichtet sind. Von der Stelle des *Darwin*'schen Punktes an, also in der absteigenden Hälfte des Helix ist die Richtung jener eine entgegengesetzte, einfach nach oben gehende. Diese Thatsache betrachtet Verf. mit Recht als einen Beweis für die atavistische Bedeutung dieser Bildung.

Dass die stark ausgeprägten Formen von Spitzohr mit den anderen als Degenerationszeichen betrachteten Missbildungen der Ohrmuschel auf

eine Stufe zu stellen sind, unterliegt nach den Erfahrungen des Ref. keinem Zweifel. In einem Fall sah ich an der Stelle dieser *Darwin*'schen Ohrenspitze ein fast zwei Centimeter langes Knorpelhorn nach aussen und oben ragen.

Die Beobachtung des Verf.'s betreffs des Verhaltens der Flaumhaare kann Ref. auf Grund einer Anzahl von Untersuchungen durchaus bestätigen.

Eine weitere Besprechung der Degenerationszeichen vornehmlich der Ohrmuschel finden wir bei *Metzger*, Band 45 Heft 5 dieser Zeitschrift.

Der Verf. kommt zum Schluss, dass, um dieselben diagnostisch verwerthen zu können, eine Häufung bei einem Individuum nöthig sei. Selbstverständlich erleichtert eine solche die Auffassung eines Menschen als eines verkümmerten Geschöpfes. Ich muss aber mit aller Bestimmtheit betonen, dass die Häufung von Degenerationszeichen bei einem und demselben Individuum keineswegs immer proportional zum Grad der neuropathischen Entartung sich verhält. Von weit grösserer Bedeutung ist der Umstand, dass die einzelnen Degenerationszeichen in sehr ausgebildeter und zweifellos abnormer Weise auftreten. In diesem Fall kann eines derselben mehr Bedeutung haben als eine ganze Anzahl in pathologischer Hinsicht fraglicher Missbildungen. Auch *Metzger* legt übrigens auf die Ohrmissbildungen grossen Werth. Nach Erfahrung des Ref. würden diese in Beziehung auf ihre symptomatologische Bedeutung in erster Linie kommen; Difformitäten in Stellung und Wachsthum der Zähne, Gesichtsasymmetrie, Gaumenmissbildung, Irisflecke etc. erst in 2. und 3. Linie.

Was die Erklärung des Vorkommens dieser Degenerationszeichen betrifft, so finde ich die beste darin, dass man dieselben mit den Veränderungen in Parallele stellt, welche *Darwin* unter dem Namen der „Correlation des Abänderns" zusammenfasst. Er versteht darunter bekanntlich eigenthümliche Wechselbeziehungen zwischen der Form äusserer Organe und sehr wichtiger physiologischer und pathologischer Eigenschaften. Die Beispiele hierfür hat er namentlich den Erfahrungen der Thierzüchter entnommen.

Die Erziehungs- und Pflegeanstalt für geistesschwache Kinder zu Langenhagen im J. 1888. 8°. 24 S. (Dir. Dr. *Wulff*.)

Bestand 396 (331 Kn. 165 M.), aufgenommen 70 (35 Kn. 35 M.), entlassen 16 (7 Kn. 9 M.), gestorben 15 (7 Kn. 8 M.), blieben 435 (252 Kn. 183 M.), darunter 74 (34 Kn. 40 M.) Epileptische. Unter den Aufgenommenen waren 52 hereditär belastet, 68 mit Degenerationszeichen, mikrocephaler Schädelbau bei 9, makrocephaler bei 16. In den 14 Sectionen fehlten niemals pathologische Affectionen des Gehirnes oder seiner Häute. Von 79 Epileptikern kamen bei 17 keine Anfälle während des Jahres. 6 Entweichungen, darunter 1 Mal Entführung durch die im Armenhause lebende Mutter. Anzahl der Angestellten 72. Ausgaben 175942 M., pro

Kopf und Tag 98,35 Pf. Ueberfüllung. Neubauten projectirt. Wunsch nach Uebernahme der Anstalt durch die Provinz.

14. Bericht üb. d. Thätigkeit des St. Johannes-Vereins, insbes. über die Idiotenanst. zu Nieder-Marsberg pro 1888. 8°. 14 S.

Bestand 112 (72 Kn. 40 M.), aufgenommen 31 (16 Kn. 15 M.), entl. 14 (6 Kn. 8 M.), gest. 4 (3 Kn. 1 M.), blieben 125 (79 Kn. 46 M.). Von den Abgegangenen waren confessions- und erwerbsfähig 6 (4 Kn. 2 M.), 18 barmherzige Schwestern und 2 Wärter pflegten. Ausserdem 1 Schuster, 1 Gärtner, 1 Näherin und 5 Mägde. Das neue Haus wurde von den Knaben bezogen. Ausgaben 84602 M.

42. Jahresber. der Heil- u. Pflegeanstalt für Schwachsinnige in Mariaberg, vom J. 1888—1889. 8°. 59 S. (Dir. *Rall.*)

Bestand am 1. Juli 1888 113 (70 m. 43 w.), aufgenommen 6 (4 m. 2 w.), ausgetreten 5, gestorben 3, bleiben 111. Darunter schulfähige 30 (17 m. 13 w.), arbeitsfähige 45 (32 m. 13 w.). Von 75 Angemeldeten konnten nur 6 aufgenommen werden. Ein Neubau thut Noth und ist in Aussicht. Art des Unterrichts und der Arbeit. — Ausgaben 46257 M.

30. Bericht über Hephata, evang. Erziehungs- u. Pflegeanstalt für Blödsinnige Rheinlands u. Westfalens zu M. Gladbach. Für 1888. 8°. 31 S. (Dir. *C. Barthold.*)

Bestand 172 (124 m. 48 w.), aufgenommen 38 (23 m. 15 w.), ausgetreten 38 (19 m. 19 w.), es blieben 172 (128 m. 44 w.). In der Erziehungsabtheilung waren 147 (84 m. 63 w.), in der Pflegeabtheilung 15 w., im Asyl 15 m. Von den Ausgetretenen sind gestorben 5 (4 m. 1 w.), bildungsunfähig entlassen 11 (5 m. 6 w.), gebessert 12 (6 m. 6 w.), confirmirt entlassen 10 (4 m. 6 w.). Todesursache bei 1 Krämpfe, bei 3 Schwindsucht, bei 1 Gehirnschlag, Aufnahmegesuche blieben unerledigt 32, abgewiesen 17. — Ausgaben 78626 M.

---

11. Anstaltswesen. Referent: Laehr-Schweizerhof.

Hospital Martyrologe de la psychiatrie. — Ann. méd.-psych., März.

Dr. *Andr. Verga*, aus Mailand, ward am 22. September 1886 bei einem Besuche in der Anstalt zu Siena von einem Kranken mit Verfolgungswahn so gegen die Stirn geschlagen, dass das linke Auge, das einzige, mit dem er bis dahin lesen konnte, ziemlich leistungsunfähig wurde.

Es folgt eine ausführliche Erzählung des Unglücksfalls in Clermont-Ferrand, wo am 20. November 1888 ein Hallucinant seinen Wärter in Gegenwart von 6 Blödsinnigen mit dem Feuerhaken ermordete.

Den Schluss bildet ein Bericht über die Ermordung eines an Altersblödsinn leidenden Kranken in derselben Anstalt durch einen andren Kranken 1870. Letzterer erschlug jenen mit seinen Schuhen, warf sich dann auf die Kniee mitten im Saal und schien später wenig Erinnerung an seine That zu haben. Er litt an religiösem Wahnsinn.

Hack Tuke, Boarding-out of Pauper Lunatics in Scotland. — J. of Ment. Sc. Jan. p. 503.

In Schottland befanden sich am 1. Januar 1888 in Privatpflege 2270 arme Geisteskranke, davon 66 pCt. einzeln, 34 pCt. zu mehreren in einer Familie (specially licensed houses). Verf. besuchte Kennoway (Star) und die benachbarten Dörfer. Dort war die Entschädigung für die Pfleger auf wöchentlich 6 Schilling für 1 weibl. Kranke und 7 Schilling für 1 männl. Kranken festgesetzt. Ausserdem halfen jene theilweis im Haus und diese auf dem Felde. Alle Kranken fand Verf. ruhig und die meisten von Geburt oder secundär schwachsinnig. Sie genossen volle Freiheit und schienen sich sehr wohl zu fühlen. Ein Arzt muss jeden Kranken mindestens 1 mal vierteljährlich besuchen und in ein besondres Buch Notizen über dessen körperlichen und geistigen Zustand aufschreiben. Ferner kommen 2 mal jährlich die Deputy-Commissioners in Lunacy und bisweilen der Armeninspector. — 23,3 pCt. der armen Geisteskranken Schottlands werden so verpflegt.

Sorgfältige Auswahl der Kranken und der Pfleger und gute Ueberwachung ist durchaus nothwendig. Die Schwierigkeit, geeignete Familien zu finden, wird der Ausdehnung dieser sonst guten Einrichtung stets hinderlich sein.

Bericht üb. d. Rheinische Prov.-Irrenanstalt zu Düren aus d. J. 1878—1887 incl. 4°. 54 S. (Dir. Dr. *Ripping.*)

Die Anstalt für 300 erbaut hat durch Zudrang der Kranken für 450 eingerichtet werden müssen und wird durch einen begonnenen Neubau dann 600 aufnehmen können, wobei noch immer für jedes Bett 25³ M. Luftraum im Schlafraume zu Gebote stehen. Eine Wasservermehrung wird Bedürfniss. Die Dampfwasser-Heizung hat sich bei dreimaliger täglicher Dampfeinströmung bewährt, ebenso die d'Arcet'schen Closets und die Canalisation mit Ueberrieselung von 1½ Ha. — Nach mehrfachen Versuchen ist jetzt der Anstalt ein Aufnahmegebiet von 940,000 Einw. überwiesen. In Zeiten der Ueberfüllung kam eine grosse Zahl von Erysipelas-Fällen vor. 4 Fälle von Selbstmord, nur 0,18 pCt. der Verpflegten und 1,3 pCt. der Todesfälle. Auf der Beobachtungsstation lagen stets 25 in hohem Grade Selbstmordsüchtige. Ein versuchter Selbstmord entstand, als bei

einem Militär-Manöver ein Sturm auf die Anstalt Viele beängstigte. Alle Selbstmorde durch Erhängen. 2 Paralytische erstickten an in den Mund gesteckten Speisen, 1 an Rauch durch das in der Zelle angezündete Seegras, Entweichungen 36 (32 M. 4 F.), Fluchtversuche 103 (68 M. 35 F.). 2 blieben verschollen, meist von der landwirthschaftlichen Beschäftigung oder beim Gange nach der ausserhalb der Anstalt gelegenen Kirche. Ein Kranker wurde von Personen ausserhalb der Anstalt, denen er viel Geld versprochen, entführt. Der Untersuchungsrichter konnte einen Paragraphen des Strafgesetzbuches nicht finden, da der § 235 nicht den bestraft, der einen durch das Gericht unter Vormundschaft gestellten Grossjährigen entführt.

Aufgenommen wurden vom 1. Mai 1878 bis 31. December 1887 2169 (1040 M. 1042 F.). An Paralyse litten 233 (174 M. 59 F.), an Epilepsie 56 (35 M. 21 F.). Nicht Irre waren 2. Der eine wurde nach $5^1/_2$ monatl. Beobachtung, der andre nach 6 Wochen als nichtgeisteskrank entlassen. 1 Paralytiker genas. Entlassen wurden als geheilt 595 (268 M. 327 F.), als ungeheilt 757 (385 M. 372 F.), gest. 309 (192 M. 117 F.), blieben 508 (234 M. 274 F.). Frauen kamen nach kürzerer Krankheitsdauer in die Anstalt. Die Paralyse kommt zwischen 35 bis gegen Ende 50 J. vor, vereinzelt schon vorher und selbst noch bei Frauen nach dem 70. Lebensjahre. Epilepsie meist vor dem 30. J., nach dem 45. kaum noch. Bei den Verwittweten und Geschiedenen überwiegen die Frauen fast um das Doppelte. Bei der directen Erblichkeit wie bei der Familienanlage ist der Einfluss des Vaters grösser für die M., der Einfluss der Mutter grösser für die F., die directe überwiegt die indirecte. Der grösste Procentsatz an Erblichkeit ist 50,35 pCt. bei den Evangelischen, der niedrigste 37,50 bei den Juden, 45,25 pCt. bei Katholiken. Die Genesungsfähigkeit hat bei mehrmaliger Aufnahme eine fast doppelt so günstige Prognose als bei erster Aufnahme, bei Frauen mehr als bei Männern und bei erblich belasteten ebenso. Die Genesungsfähigkeit bei einer Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 6 Monat ist 7 Mal so gross bei den Männern und 11 Mal so gross bei den Frauen, als wenn längere Zeit vor der Aufnahme vergangen ist. Die meisten Geheilten blieben länger als 6 Monat in der Anstalt, Genesung nach 2 jähr. Aufenthalte ist selten. Von 56 geisteskranken Epileptischen genasen 17,8 pCt. Betreffs der Todesfälle verhalten sich die Männer zu den Frauen wie 8 : 5. An Nervenkrankheiten starben 50,16 pCt., an Tuberculose 17,78 pCt., an anderen Brustkrankheiten 14,88 pCt. — Gesammtausgabe pro 1887/88 270,812 M., pro Tag und Kopf der 3. Cl. 0,78, der 4. 0,53. An Einnahme aus der Landwirthschaft pro 1887/88 12 175 M.

Bericht über die rheinische Prov.-Irrenanstalt Merzig i. d. J. 1880 bis 1888 mit Rückblicken auf die früheren Jahre ihres Bestehens. 4°. 92 S. (Dir. Dr. *Jehn*.)

Die Anstalt musste den ganzen Bestand der unheilbaren Pfleglinge

des Reg.-Bez. Trier aus dem Landarmenhause mit 178 Köpfen aufnehmen. Im J. 1881 290 Kr., 1888 494 Kr., von Anfang an meist Pfleglinge. Es erfolgte daher 1884 die Aufhebung der Pensionärklasse. Die Beköstigung wurde mit Rücksicht auf die grosse Zahl siecher Irren dementsprechend rationeller eingerichtet, der „Wiesenhof" mit 16 K. zur landwirthschaftlichen Beschäftigung dazu gekauft. Die Einführung der gedörrten Gemüse wird empfohlen. Selbstmorde sind bisher nicht vorgekommen, eine Ueberwachungsstation war schon bald nach Eröffnung eingeführt. Erysipelas und Phlegmonen in den J. 1882—1886. 1887 eine Icterus-Epidemie. Von 1876—1887 wurden aufgenommen 1692 (917 M. 775 F.), gingen ab 1198 (667 M. 531 F.). Die wenigsten Aufnahmen fanden im Februar und October, die meisten im Juni statt. Unter den Aufgenommenen waren 149 (128 M. 21 F.) mit Paralyse, unter den Abgegangenen 140 (120 M. 20 F.), von welchen 1 M. genas und 113 (97 M. 16 F.) starben. Nicht-Irre waren 7 (5 M. 2 F.). Es genasen mehr Frauen als Männer und es starben mehr Männer als Frauen. Es genasen nämlich 359 (179 M. 180 F.), es starben 308 (195 M. 113 F.). Bis zum 40. J. erkrankten 69 pCt., nachher 31 pCt. Paralyse am häufigsten zwischen 36—40 J. Die Ledigen und die Wittwen prävaliren in der Erkrankung, bei Paralyse die Verheiratheten.

Erblich belastet waren 688 (372 M. 316 F.), daher 40,8 pCt. Erblichkeit bei Paralyse geringer. 83 waren mit dem Strafgesetzbuch in Conflict gekommen, 52 nach Erkrankung, über 50 pCt. wurden wirklich Strafen verhängt.

Nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme genasen 314 (152 M. 164 F.) bei innerhalb 6 Monaten nachher nur 43 (27 M. 16 F.). 56,19 pCt. der behandelten und genesenen Kranken wurden in den ersten 6 Monaten entlassen. Es starben 308 (195 M. 113 F.), also 18,2 pCt. Die Klage eines Wärters, der nicht ohne eigene Schuld von einem Kranken verletzt war, um Unterstützung, wurde in der 1. Instanz für berechtigt erklärt, in der 2. Instanz abgewiesen (S. 64—73) und beide Urtheile werden in extenso mitgetheilt. Unter den Behandlungsmethoden wird Antipyrin bei Epilepsie und nasse Einwicklung bei Manie empfohlen. Urethan in Erregungszuständen der Paralyse, Hyoscin subdermatisch und ein Wechsel der Schlafmittel sind nützlich. Bei schwerer melanch. Verstimmung subcutan Morphin. Die Beförderung des Schmuckes der Aufenthaltsräume hat nicht unerheblich zur Beseitigung der Zerstörungssucht beigetragen. — Kosten pro Kopf und Jahr pro 1887/88 565,75 M.

Bericht über die Prov.-Heil- u. Pflegeanstalt zu Hildesheim pro 1. Jan. 1888 bis April 1889. 4°. 14 S. (Dir. Dr. *Snell.*)

Bestand 785 (435 M. 350 F.), aufgenommen 228 (122 M. 106 F.), entlassen geheilt 69 (40 M. 29 F.), ungeheilt 74 (30 M. 44 F.), nicht-irre 3 (2 M. 1 F.), gestorben 107 (62 M. 45 F.), blieben 760 (423 M. 337 F.). Unter den Aufgenommenen mit Paralyse 33 (27 M. 6 F.), erkrankt in Folge von Fa-

milienanlage 87 (36 M. 51 F.), von Kopfverletzung 7 (6 M. 1 F.), von Trunksucht 19 (18 M. 1 F.), von Puerperium 7, von Syphilis 13 (11 M. 2 F.), von Typhus 5 (1 M. 4 F.). Es starben an Dem. par. 27 (23 M. 4 F.), an Lungenschwindsucht 20 (10 M. 10 F.), an Lungenentz. 11 (7 M. 4 F.), an Altersschwäche 4 (1 M. 3 F.). Die Personalien eines Taubstummen konnten nicht ermittelt werden. Die Colonie in Einum feiert ihr 25j. Jubiläum und functionirt sehr befriedigend — Ausgabe 141 711 M.

Bericht über das 68. Verwaltungsjahr der Prov.-Irren-, Heil- und Pflegeanstalt bei Schleswig für 1888/89. 4°. 19 S. (Dir. Dr. *Hansen.*)

Bestand 832 (435 M. 397 F.), aufgenommen 231 (108 M. 123 F.), entlassen geheilt 34 (6 M. 28 F.), ungeheilt 171 (60 M. 111 F.), gestorben 70 (33 M. 37 F.), blieben 788 (444 M. 344 F.). Es genasen nach einem Aufenthalte von 6 Mon. 14 (4 M. 10 F.), von 6—12 Mon. 7 F., von längerer Zeit 4 F. Von den Aufgenommenen litten 16 (10 M. 6 F.), an paral. Seelenstörung, an Familienanlage 114 (44 M. 70 F.). Von den Verstorbenen litten 15 (12 M. 3 F.) an paralytischer Seelenstörung, mit einer Krankheitsdauer unter 1 J. bei 3, zwischen 1—3 J. bei 5, zwischen 3—5 J. bei 4, zwischen 6—8 J. bei 3 Kr., letztere in der Form der tabischen Paralyse. 2 Suicide durch Erhängen, der eine Fall in der Anstalt, der andere ausserhalb nach Flucht. Ein Epileptischer ertrank. 18 Fälle von Erysipelas. 2 Gestorbene lebten 30—40 J. in der Anstalt. Der Ueberfüllung musste durch Uebergabe von Unheilbaren an Privatanstalten begegnet werden. Das Areal der Anstalt beträgt jetzt 67 ha und besitzt 7 Pferde und 41 Kühe. Die Landwirthschaft gibt einen Ueberschuss von 22 880 M. — Ausgaben 430 576 M., pro Tag und Kopf 63,79 Pf. Ein Cubicmeter Gas kostete bei eigener Regie 11,77 Pf. incl. Verzinsung und Amortisation.

Bericht über d. Prov.-Irrenanstalt zu Bunzlau pro 1888/89. 8°. 17 S. (Dir. Dr. *Stöver.*)

Krankenbestand 679 (388 M. 291 F.), davon in Familienpflege 16 M., beurlaubt 13 (5 M. 8 F.), aufgenommen 144 (95 M. 49 F.), entlassen geheilt 12 (5 M. 7 F.), ungeheilt 46 (25 M. 21 F.), nicht-irre 1 M., gest. 52 (35 M. 17 F.), blieben 712 (417 M. 295 F.), davon in Familienpflege 30 M., beurlaubt oder entwichen 16 (10 M. 6 F.). Die Familienpflege im Dorfe Looswitz ist bis auf 30 Stellen erhöht und auf dem der Anstalt gehörigen Drusselgut sind jetzt 30 Kr. Von den Aufgenommenen litten 19 an Paralyse. Ein ausserhalb Entmündigter entpuppte sich als Simulant. Bei 67 Heredität nachweisbar. Mit dem Strafgesetz in Conflict 15 (11 M. 4 F.), meist schon geisteskrank. Entlassen 59, davon geheilt 12, ungeheilt 46, nicht-irre 1. Von den Geheilten war 1 M. über 5 J. in der Anstalt. Gestorben 52, davon an Lungenschwindsucht 9, an Ruhr 5. 1 Entwichener ertrank. Ganz stumpfe Kranke eigneten sich nicht für die Familienpflege.

7 Kr. kehrten aus der Familienpflege in die Anstalt freiwillig zurück. Die Familienpflege erscheint bei den sogen. gemeingefährlichen Kranken einer grösseren Ausbildung nicht fähig, sie ist nur für die leicht schwachsinnigen Kranken zu empfehlen.

Bericht über die Verwaltung der Heil- u. Pflegeanstalt Eichberg vom 1. April 1887 bis 1888. 4°. 11 S. (Dir. Dr. *Schroeter*.)

Bestand 418 (214 M. 204 F.), aufgenommen 138 (77 M. 61 F.), abgegangen geheilt 26 (12 M. 14 F.), ungeheilt 51 (36 M. 15 F.), gestorben 47 (25 M. 22 F.), es blieben 432 (218 M. 214 F.). Vom Genusse 6 monatl. Freistellen für Heilbare wurde nicht genügend Gebrauch gemacht. Zur Beobachtung wurden 3 übergeben, alle 3 litten an Dem. par. Von den Aufgenommenen waren 5 bestraft worden. Vom Zugange litten 25 (16 M. 9 F.) an Dem. par. Bei 65 aufgenommenen Kranken wurde 48,1 pCt. der M. 46 pCt. der F. Heredität nachgewiesen. Bei etwa $^3/_4$ der Geheilten hatte höchstens 3 Mon. vor der Aufnahme die Geistesstörung begonnen; wo über 6 Monate, da genasen nur $^1/_{13}$ Fälle. Die meisten Heilungen fielen in das erste Halbjahr. 1 M. mit Dem. par. starb im mel. Stadium an Suicidium.

Der benachbarte „Wachholderhof" mit 10 Hect. Land wurde zugekauft. 20 Morgen gepachtet. — Kosten 273 425 M., pro Kopf und Tag 0,92.

Bericht über die Verwaltung der Westpreussischen Prov.-Irrenanstalt zu Neustadt pro 1888/89. 4°. 31 S. (Dir. Dr. *Kroemer*.)

Bestand 381 (180 M. 201 F.), aufgenommen 105 (62 M. 43 F.). entlassen geheilt 26 (12 M. 14 F.), ungeheilt 21 (10 M. 11 F.), gestorben 57 (46 M. 11 F.), blieben 382 (174 M. 208 F.). Ein Rückgang der Aufnahmen wird bedauert, zumal Hülfsbedürftige und Arme Freistellen bekommen, welche 164 Kranken zu Gute kamen. Mehr als die Hälfte der Aufgenommenen (54) war schon länger als 1 J. krank. Bei 47 der Aufnahmen erhebliche erbliche Belastung. 6 waren vor der psych. Erkrankung bestraft, nach und trotz der Erkrankung 3. Bei einer Krankheitsdauer bis 6 Mon. vor der Aufnahme genasen 21 (7 M. 14 F.), nachher nur 5 M. Nur 4 Personen davon nach einem einjährigen Aufenthalte in der Anstalt. 16 Erysipele. Ein Epileptiker wurde mit Rippenbrüchen und einem zermalmten Ellbogengelenk eingebracht, das resecirt werden musste. 5 Fälle von Selbstverstümmelung betrafen einen Hodenriss, eine Abscheurung des Hodens, 2 Kr. nagten sich das Fleisch von den Fingerspitzen ab, eine Frau ihre grosse Zehe. 106 Fälle von Erkrankungen der Athmungsorgane (rauhe Nord- und Oststürme). 3 Laparotomien mit Hoffnung auf Erfolg. Die Errichtung eines Lazareths für jedes Geschlecht wird dringend gewünscht. Von den Gestorbenen litten 24 an Paralyse. — Areal 132 ha. 25 Kühe deckten den Bedarf. Reingewinn der Landwirthschaft 8,831 M. Ausgaben 245 118 M., pro Kopf und Jahr 628,77 M.

Bericht über die Verwaltung der Westpreussischen Prov.-Irrenanstalt zu Schwetz für Etatsjahr 1888/9. 4°. 15 S. (Dir. Dr. *Grunau*.)

Bestand 361 (179 M. 182 F.), aufgenommen 134 (72 M. 62 F.), ausgeschieden 60 (36 M. 24 F.), blieben 435 (215 M. 220 F.). Davon auf der Heilabth. Bestand 35 (21 M. 14 F.), aufgenommen 96 (49 M. 47 F.), entl. geheilt 16 (8 M. 8 F.), ungeheilt 11 (4 M. 7 F.), gest. 3 (2 M. 1 F.), in die Pflegeabth. versetzt 13 (8 M. 5 F.), blieben 88 (48 M. 40 F.). In der Pflegeabth. war Bestand 326 (158 M. 168 F.), aufgenommen 35 (19 M. 16 F.), aus der Heilabth. 13 (8 M. 5 F.). Entlassen geheilt 1 M., ungeheilt 8 (5 M. 3 F.), entwichen 1 F., gest. 18 (14 M. 4 F.), blieben 346 (165 M. 181 F.). Von den Aufgenommenen litten an Dem. paral. 5 M. 3 Untersuchungsgefangene zeigten sich als geisteskrank. Mit dem Strafgesetzbuche waren in Conflict gekommen 111 Mal 36 Kr. (29 M. 7 F.). Von den 21 Gestorbenen endete eine Mel. durch Suicid. 18 Morgen wurden landwirthschaftlich bearbeitet. — Ausgaben 198 052 M.

Bericht der Verwaltung der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg pro 1888. 4°. 15 S. (Dir. Arzt Dr. *Reye*.)

Bestand 1217 (591 M. 626 F.), aufgen. 562 (309 M. 253 F.), abgegangen 516 (287 M. 229 F.), blieben 1263 (613 M. 650 F.), davon beurlaubt 38 (23 M. 15 F.). Von den Aufgenommenen litten an dem. par. 100 (77 M. 23 F.). Heredität nachgewiesen bei 164 (73 M. 91 F.). Von den abgegangenen litten an Paralyse 86 (71 M. 15 F.), war Heredität nachweisbar bei 145 (75 M. 70 F.). Geheilt wurden 83 (38 M. 45 F.), die Heilung erfolgte im 1. Semester 73 (32 M. 41 F.). Es starben 143 (83 M. 60 F.), darunter mit Paralyse 55 (47 M. 8 F.). Von den 1263 Gebliebenen leiden an Paralyse 94 (68 M. 26 F.). Bei 369 (160 M. 209 F.) ist Heredität nachweisbar darunter 17 (13 M. 4 F.) mit Paralyse. — Ausgabe 710 887 M.

Bericht über die Anstalt für Irre und Epileptische zu Frankfurt a. M. pro 1. Jan. 1888 bis Ende März 1889. gr. 8°. 19 S. (Dir. Dr. *Sioli*.)

Eine bauliche und innere Reorganisation der Anstalt wurde beantragt und c. 280 000 M. dazu bewilligt.

1. Jan. 1888 Bestand 183 (76 M. 107 F.), aufgen. 27 (13 M. 14 F.), entlassen bis Ende März genesen 12 (6 M. 6 F.), ungenesen 6 (2 M. 4 F.), gest. 3 (2 M. 1 F.), blieben 189 (79 M. 110 F.). Hierzu kamen vom April 1888 bis 1889: 161 (93 M. 68 F.), entl. nicht-irre 1 F., genesen 33 (16 M. 17 F.), ungenesen 87 (35 M. 52 F.), gest. 35 (25 M. 10 F.), blieben 194 (96 M. 98 F.). Erleichterte Aufnahmen. Unter den Aufgenommenen 48 (39 M. 9 F.) mit Dem. par., bei 31 F. u. 34 M. Heredität nachweisbar. Zur Zeit müssen noch 82 Kr. in Rheinischen Privatanstalten verpflegt werden.

Bericht über die Verwaltung der verein. Bezirks-Irrenanstalten Stephansfeld-Hördt pro 1888/9. 4°. 28 S. (Dir. Dr. *Stark.*)

Bestand 1327 (651 M. 676 F.), darunter mit Paralyse 53 (38 M. 15 F. Aufgenommen 253 (123 M. 130 F.), darunter 24 (22 M. 2 F.) mit Paraly- und 6 Untersuchungsgefangene, von denen 5 geisteskrank waren. Heredität nachweisbar bei Katholiken 30,0 pCt., bei Protestanten 37,6 pCt., bei Israeliten 58,3 pCt. Entlassen 324 (171 M. 153 F.), davon genesen 33 (15 M 18 F.), ungeheilt 179 (92 M. 87 F.), gestorben 111 (63 M. 48 F.).

102 Köpfe fallen auf das Filiale, 72 wurden daraus entlassen, 30 starben dort. 110 Unheilbare wurden in die Bezirksarmen- und Krankenanst. Bischweiler versetzt. Es blieben 1256 (603 M. 653 F.). Die Aufnahmebestimmungen des geltenden Irrengesetzes tragen wesentlich mit die Schuld an dem so starken Ueberwiegen der unheilbaren Kranken unter den Neuaufgenommenen. Mit einer Krankheitsdauer bis 6 Mon. genasen von 94 Kr. 26, von längerer Dauer von 84 Kr. deren 6. Es starben 111, in Stephansfeld 81, in Hördt 30 und zwar an Lungen- und Darmtuberculose 25, an Krankheiten der Athmungsorgane 44, an Herz- und Gefässkrankheiten 11. 1 Kr. ertrank auf einem Spaziergang. Die allgem. prog. Paral. wird ausführlich besprochen. Von 1871 bis 1889 wurden 3366 Kr. (1760 M. 1606 F. aufgenommen, darunter 405 (337 M. 68 F.) Paralytiker. Die Zahl der Jahresaufnahmen letzterer hat nicht zugenommen. — Ausgaben 572 718 M.

Verwaltungsbericht der Bezirks-Irrenanstalt bei Saargemünd für 1888/9. 4°. 20 S. (Dir. Dr. *Dittmar.*)

Bestand 474 (217 M. 257 F.), aufgenommen 154 (78 M. 76 F.), ausgeschieden entl. 125 (67 M. 58 F.), gestorben 55 (25 M. 30 F.), blieben 448 (203 M. 245 F.). Nach dem ärztl. Berichte, der vom 1. Jan. an beginnt, war Bestand 480, aufgenommen 144 (73 K. 71 F.), in beiden Heredität nachgewiesen bei 190 (88 M. 102 F.). Entlassen genesen 31 (12 M. 19 F.), ungeheilt 72 (46 M. 26 F.), gestorben 55 (26 M. 29 F.), blieben 466 (211 M. 255 F.). Todesursachen ausführlicher mitgetheilt. Ruhr kam 22 Mal vor, wovon 3 starben. An Lungenentzündung starben 11, an Schwindsucht 6. — Ausgaben 255 204 M., pro Kopf und Jahr 521,84 M.

Bericht über die Prov.-Anstalt Hospiz „Marienthal" zu Münster für 1887/88. 4°. 27 S. (Dir. Dr. *Gerlach.*)

Eröffnet 1878 für beide Confessionen. Erweitert 1886. Ackerareal 26 Ha. — Bestand 197 (111 M. 86 F.), aufgenommen 47 (29 M. 18 F.), abgegangen geheilt 10 (3 M. 7 F.), gebessert 8 (5 M. 3 F.), ungeheilt 5 (4 M. 1 F.), gestorben 13 (10 M. 3 F.), bleiben 208 (118 M. 90 F.). An Schwindsucht starben 4 (3 M. 1 F.). Ausgaben 117 821 M.

Bericht über das St. Johannes-Hospital zu Marsberg für 1887/8. 4°. 28 S. (Dir. Dr. *Rubarth.*)

Geschichte der Anstalt. 1812 Bestimmung des Klosters zur Irrenanstalt; Dr. *Ruer* zum Director ernannt. Raum für 30 Kranke. 1835 Neubau einer Heilabtheilung. 1823 Isolirgebäude mit 16 Zellen erbaut. Ueberfüllung, bis 1867 die evang. Kr. in den Neubau bei Lengerich übergeführt wurden. 1869 Raum für 350 Kr. Oeconomiegebäude für 65 Kr. 1872. 1876 wird das alte Kloster abgebrochen. Jetzt Raum für 450 Kr. Areal 55 Ha.

Bestand am 1. April 1887 451 (261 M. 190 F.), aufgenommen 177 (88 M. 89 F.), entlassen geheilt 66 (27 M. 39 F.), ungeheilt 73 (44 M. 29 F.), gestorben 30 (20 M. 10 F.). Wegen Raummangel mussten 54 Aufnahmegesuche abgelehnt werden. Freijahr in 63 Fällen bewilligt. Von den Genesenen waren im ersten Halbjahr 61 (24 M. 37 F.) in die Anstalt gekommen, innerhalb eines Jahres 5 (3 M. 2 F.). An Lungentuberculose starben 6 (2 M. 4 F.). — Kosten 237 687 M.

Bericht über die Prov.-Anstalt „Bethesda" bei Lengerich i. W. für 1887/88. 4°. 18 S. (Dir. Dr. *Schaefer.*)

Geschichte der Anstalt. Eröffnung 1867. Baukosten 355 551 Th. ohne Terrain von 150 Morgen. 1879 Neubau einer Isolirabth. Gesammtsumme für Bau und Grundbesitz bis jetzt 1 574 792 M. Belegungsfähigkeit 450 Betten. 26 Gesuche wegen Raummangel abgelehnt. Bestand: 456 (244 M. 212 F.), aufgenommen 177 (91 M. 86 F.), abgegangen geheilt 27 (8 M. 19 F.), gebessert 23 (8 M. 15 F.), beurlaubt 21 (10 M. 11 F.), ungeeignet 1 F., ungeheilt 73 (40 M. 33 F.), gestorben 30 (23 M. 7 F.) blieben 458 (246 M. 212 F.). Unter den Aufgenommenen 77 (36 M. 41 F.) erbliche Fälle. Nicht geisteskrank 1 F. An Tuberculose starben 9 (8 M. 1 F.). Ausgaben 248 735 M.

Bericht über die Verwaltung des Krankenhospitals zu Allerheiligen in Breslau für 1888/9. 4°. S. 26.

Ein neues Irrenhaus für 200 Kr. ist in den J. 1885—1888 an der Göppertstrasse errichtet worden. Am 29. Oct. 1888 wurden 167 (89 M. 78 F.) Irre aus dem Allerheiligenhospital übergesiedelt. Die Anstalt bleibt Filiale des letzteren. Auf der Abth. f. Geisteskranke wurden überhaupt behandelt 698 (437 M. 261 F.), davon aufgenommen 358 M. 193 F. Es gingen ab geheilt 139 (107 M. 32 F.), ungeheilt 470 (276 M. 194 F.), es starben 89 (54 M. 35 F.) Auf jeden Behandelten kamen durchschnittlich 64 Verpflegungstage. Unter der Zahl der Geisteskrankh. kamen 103 (72 M. 31 F.) mit paral. Seelenstörung, davon starben 20 (16 M. 4 F.). In der Abth. für Nervenkrankheiten werden noch angeführt 9 mit Tumor cerebri, 10 mit Encephalomalacie, 11 mit Cephalalgie, 90 mit Epilepsie, 22 mit Hysterie.

Aerztl. Jahresber. des Städtischen Krankenhauses zu Potsdam f. 1888. (Dir. Arzt Dr. *La Pierre.*)

Auf der Irrenstation war Bestand 19 (6 M. 13 F.), Zugang 58 (43 M. 15 F.), geheilt 24 (15 M. 9 F.), abgegangen ungeheilt 31 (24 M. 7 F.), gest. 1 M., blieben 21 (9 M. 12 F.). — Auf der inneren Station wurden an Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks behandelt 47, darunter an Embolie 2, Apoplexie 12, an Tumor 3, an chron. Meningitis 1, an Hypochondrie 3.

Verwaltungsbericht der Grossh. Mecklb. Irren-Heil- u. Pflegeanstalt Sachsenberg b. Schwerin f. 1887 und 1888. 4°. 19 S. (Dir. Dr. *Schuchardt.*)

Anf. 1887 552 (308 M. 244 F.), aufgenommen 157 (76 M. 81 F.), entl. genesen 39 (15 M. 24 F.), ungenesen 53 (31 M. 22 F.), gestorben 44 (22 M. 22 F.), blieben 573 (316 M. 257 F.). Von den Aufgenommenen war bei 72 (32 M. 40 F.) Heredität nachweisbar. Bei einer Dauer der Krankheit vor der Aufnahme von 6 Mon. trat die Genesung bei 34 ein, nachher nur bei 4, darunter mit Heredität bei 20. An paralyt. Geistesstörung starben 10 (9 M. 1 F.). Mit dem Strafgesetz waren vor der Erkrankung von den Aufgenommenen 1 F. in Conflict, vor der Erkrankung bestraft 5 M. Nach der Erkrankung bestraft 1 M. u. 1 F. — Ausgaben 236 602 M. 20 Wärter und 16 Wärterinnen traten aus, von Dienstboten 13.

Anf. 1888 573 (316 M. 257 F.), aufgenommen 160 (73 M. 87 F.), abgegangen genesen 29 (10 M. 19 F.), ungenesen 69 (23 M. 46 F.), gestorben 48 (33 M. 15 F.), blieben 587 (323 M. 264 F.). Bei einer Dauer der Krankheit innerhalb 6 Mon. vor der Aufnahme genasen 27, später nur 2. Es starben an Tuberkulose 15, was der Ueberfüllung zugeschrieben wird, daher der Neubau einer 2. Anstalt in Frage gezogen ist. Bestraft vor der Erkrankung 3 Kr., nach ihr 5 M. mit Schwachsinn. Ausgaben 232 756 M. 31 Wärter und 8 Wärterinnen traten aus, von Dienstboten 15.

30. stat. Nachricht über das Genesungshaus zu Roda für 1888. 4. 8 S. (Dir. Dr. *Bartens.*)

1. Abth. f. Geisteskranke. Zahl der Betten 301. Pflegepersonal 14 M. 12 F.. Bestand 291 (153 M. 138 F.), aufgenommen 73 (46 M. 27 F.), Abgang 65 (41 M. 24 F.), blieben 299 (158 M. 141 F.). Es starben 31 (23 M. 8 F.), darunter an paral. Seelenstörung 17 (15 M. 2 F.), an Suicid 1 F.

2. Abth. f. Körperkranke: Bestand am Ende des Jahres 15 (8 M. 7 F.).

Bericht über die Wirksamkeit und die Verwaltung der Grossh. Oldenb. Irrenheilanst. zu Wehnen von 1885—1887. 8°. 42 S. (Dir. Dr. *Hemkes.*)

Ueberfüllung, 1886 mussten von 58 Aufnahmen 46 und 1887 von 48

deren 41 abgelehnt werden. 1887 wurde die Erweiterung um 100 Plätze für 430 000 M. bewilligt. Die jetzige Heilanstalt soll Pflegeanstalt und eine neue Heilanstalt gebaut werden. Dann 216 Betten.

Bestand Anfang 1885 87 (49 M. 38 F.), aufgenommen 73 (39 M. 34 F.), entl. geheilt und geb. 28 (16 M. 12 F.), ungeheilt 27 (20 M. 7 F.), gest. 4 (2 M. 2 F.), blieben 101 (50 M. 51 F.). Aufgen. 1886 48 (24 M. 24 F.), entl. geh. u. geb. 32 (19 M. 13 F.), ungeheilt 16 (10 M. 6 F.), gest. 5 (3 M. 2 F.). 1887 aufgen. 48 (24 M. 24 F.), entl. geh. u. geb. 25 (13 M. 12 F.), ungeheilt 10 (3 M. 7 F.), in andere Anst. 2 M., gest. 10 (6 M. 4 F.), blieben 102 (47 M. 55 F.). Von den 162 (84 M. 78 F.) Aufgenommenen war Heredität nachzuweisen bei 69 (31 M. 38 F.). Bei den Geheilten dauerte die Krankheit vor der Aufnahme bis 1 J. bei 40, länger bei 8. — Ausgaben pro 1887 99 790 M.

Jahresbericht der Kreisirrenanstalt München pro 1888. 8°. 32 S. (Dir. Dr. *Grashey*.)

Bestand 661 (327 M. 334 F.), darunter mit Dem. par. 62 (47 M. 15 F.), aufgenommen 326 (192 M. 134 F.), darunter mit Dem. par. 73 (57 M. 16 F.), abgegangen genesen und geb. 115 (62 M. 53 F.), darunter mit Dem. par. 7 (5 M. 2 F.), ungeb. 114 (66 M. 48 F.), darunter mit Dem. par. 23 (18 M. 5 F.), gestorben 90 (53 M. 37 F.), darunter mit Dem. par. 34 (28 M. 6 F.), blieben 666 (336 M. 330 F.), darunter 71 (53 M. 18 F.) mit Dem. par. Nicht-irre 2 Simulanten. Bei Dem. par. war Heredität nachweisbar bei 38 (32 M. 6 F.). Forensische Beziehungen bei 55 (45 M. 10 F.). Es genasen bei einer Krankheitsdauer bis 1 J. vor der Aufnahme 22, bei einer Dauer nach 1 J. 2 Kr. Es starben an Tuberkulose 28 (16 M. 12 F.), an anderen Krankh. der Lunge 13 (7 M. 6 F.). — Ausgaben 462 215 M.

Jahresber. der mähr. Landes-Irrenanstalt in Brünn pro 1888. Fol. 11 S. Manuscr.

560 Betten. Bestand Anf. 1888 628 (369 M. 259 F.), aufgenommen 359 (186 M. 173 F.), entl. geheilt 69 (35 M. 34 F.), geb. 74 (37 M. 37 F.), gegen Revers 9 (3 M. 6 F.), ungeheilt 10 (4 M. 6 F.), transferirt 4 (3 M. 1 F.), entwichen 3 M., gest. 136 (85 M. 51 F.), verblieben 682 (385 M. 297 F.). Unter dem Bestande Anf. 1888 und Aufgenommenen waren 67 (57 M. 10 F.) mit Paralyse, von den Abgegangenen starben 34 (30 M. 4 F.) mit Paralyse. Die mit Paralyse behandelten waren zwischen 25 und 60 Jahr alt, die meisten zwischen 35—40 J. Von den Gestorbenen fungiren als Krankheitsursachen 14 (11 M. 3 F.) mit Kopfverletzungen, 122 (109 M. 13 F.) mit Trunksucht, 12 F. mit Puerperium, Epil. mit 38 (24 M. 14 F.). — Ausgabe 145 352 Fl., pro Kopf und Tag 60,71 Kr.

Jahresbericht der oberösterr. Landes-Irrenanst. Niedernhart pro 1888. 4°. 8 S. (Primararzt Dr. *Schnopfhagen*.)

500 Betten. Bestand 408 (203 M. 205 F.), aufgenommen 168 (98 M.

70 F.), entlassen geheilt 55 (28 M. 27 F.), ungeheilt 34 (20 M. 14 F.), gestorben 50 (30 M. 20 F.). Es blieben 437 (223 M. 214 F.). Im Bestande waren mit Geistesstörung und Lähmung 58 (41 M. 17 F.), davon ungeheilt entlassen 4 (3 M. 1 F.), gestorben 20 (13 M. 7 F.), es blieben 34 (25 M. 9 F.). Zwischen 25 und 30 J. waren mit Dem. par. 2 (1 M. 1 F.), zwischen 60—65 4 (3 M. 1 F.), dem Berufe nach 26 (17 M. 9 F.) Diener und Tagelöhner. — Ausgaben 127 981 fl., pro Kopf und Tag 82,6 Kr.

Jahresbericht der steiermärkischen Landes-Irrenanstalt Feldhof, incl. der Filialen Kainbach, Lankowitz, Hartberg f. 1888. 4°. 18 S. (Dir. Dr. *Schlangenhausen.*)

Bettenzahl 385. Bestand 810 (391 M. 419 F.), davon in Lankowitz 127 F., in Kainbach 104 M., in Hartberg 20 M. und 20 F. Aufgenommen 394 (210 M. 184 F.), abgegangen geheilt 69 (32 M. 37 F.), ungeheilt 101 (65 M. 36 F.), gestorben 159 (83 M. 76 F.), blieben 875 (421 M. 454 F.). In der Centralanstalt starben 105 (54 M. 51 F.), in Lankowitz 21 M., in Kainbach 26 F., in Hartberg 3 M. und 4 F. An paral. Geistesstörung war Bestand 84 (50 M. 34 F.), traten hinzu 80 (61 M. 19 F.), in Summa 164 (111 M. 53 F.); davon entl. geheilt 1 F., ungeheilt 16 (12 M. 4 F.), gestorben 44 (31 M. 13 F.), blieben 103 (68 M. 35 F.). Unter diesen Paralytischen waren ledig 95 (63 M. 32 F.), verheirathet 55 (45 M. 10 F.), verwittwet 14 (3 M. 11 F.). Die meisten (43) waren im Alter von 35—40 J., 1 M. im Alter zwischen 70—75 J. Bei den meisten die Ursache im Alkohol (24), Lues nur bei 4. Es entwichen aus der Centrale 7, aus Kainbach 8, aus Lankowitz 1, aus Hartberg 2. Die Kranken wurden besucht von 3948 Personen. 5 Fälle von Del. acutum mit Sectionsbericht. — Ausgaben für Feldhof 214 781 fl., pro Kopf und Tag 86,83 Kr., für Lankowitz 17 885 fl., pro Kopf und Tag 42,47 Kr., für Kainbach 15 627 fl., pro Kopf und Tag 42,19 Kr., für Hartberg 6 485 fl., pro Kopf und Tag 45,59 Kr.

Jahresbericht der Landes-Irrenanstalt in Pergine f. 1888. 4°. 13 S. (Dir. Dr. *Starz.*)

Bestand 233 (117 M. 116 F.), aufgenommen 142 (87 M. 55 F.), abgegangen 120 (71 M. 49 F.), gestorben 17 (8 M. 9 F.), blieben 238 (125 M. 113 F.). Geheilt entl. 43 (18 M. 25 F.). Vorgemerkt für die Aufnahme blieben 13 (5 M. 8 F.). — Ausgabe 66 164 fl., pro Kopf und Tag 75 Kr. Krankenbesuche 771, von denen 142 als „derzeit unstatthaft". Ergebnisse der Sectionen mit Gehirngewicht. 240 Betten. Mit Dem. paral. waren im Bestand 23 (21 M. 2 F.), entlassen geheilt 1 M., ungeheilt 8 (7 M. 1 F.), gestorben 3 (2 M. 1 F.), blieben 11 M. Ursachen: Excesse in Alkohol bei 53 (51 M. 2 F.), Familienanlage 76 (41 M. 35 F.), Trauma bei 9 M., Puerperalstörung bei 24 F., Pellagra bei 28 (19 M. 9 F.).

Jahresbericht der kroat. Landes-Irrenanstalt in Stenjevec für 1888. Fol. 25 S. (Dir. Dr. *Rohazek.*)

Bettenzahl 250. Durchschnittl. Krankenbestand 281. Bestand 292 (146 M. 146 F.), aufgenommen 158 (100 M. 58 F.). Abgegangen genesen 19 (8 M. 11 F.), gebessert 50 (25 M. 25 F.), beurlaubt 8 (3 M. 5 F.), nach Hause 6 (5 M. 1 F.), gegen Revers 1 F., transferirt 9 (6 M. 3 F.), entwichen 13 (10 M. 3 F.), gestorben 59 (38 M. 21 F.). Blieben 286 (152 M. 134 F.). Von den Verpflegten litten an Dem. par. 47 (41 M. 6 F.), an Epilepsie 48 (30 M. 18 F.). Im 1. Jahre des Bestehens der Psychose ist die Hoffnung auf Genesung oder Besserung weit grösser als in folgenden Jahren und die Krankheitsdauer viel kürzer. Mitte Februar eine Blattern-Epidemie, 1 nicht geimpfte Kranke starb, 22 Personen erkrankten. Ursache bei 7 Kr. Typhus, Spirituosa bei 24 Kr., Kopfverletzung bei 7. — Ausgaben 53 901 G. — 121 Kr. erhielten 321 Besuche, $^2/_3$ der Kranken keine. Im Dec. 1887 ist die Verpflegung gegen 50 Kr. pro Kopf und Tag den barmherzigen Schwestern übergeben. Ueberfüllung.

Bericht über die Irrenanstalt in Basel f. 1888. 8°. 80 S. (Dir. Dr. *Wille.*)

Oft Wechsel des Pflegepersonals. 22 Wärter und 23 Wärterinnen traten ein, Bestand 16 M. u. 18 F.

Krankenbestand 179 (80 M. 99 F.), neu aufgenommen 189 (95 M. 94 F.), ausgetreten 164 (89 M. 75 F.), blieben 204 (86 M. 118 F.). Es wurden geheilt 57 (34 M. 23 F.), ungeheilt entlassen 80 (40 M. 40 F.), es starben 27 (15 M. 12 F.).

Dr. *Greppin* gibt kasuistische Mittheilungen über die progressive Paralyse bei den Frauen. Von 1876—1885 wurden 10 aufgenommen, seit 1886 deren 12. Diese Fälle einzeln angeführt.

Dr. *Hemala*, Zur Wirkung des Sulfonals. In warmer Milch oder Suppe $^1/_2$ St. nach dem Nachtessen gegeben. Unter 335 Gaben versagten nur 38. Nachtheile nicht bemerkt, 2,0 gegeben. Die Einzelfälle werden angeführt. Ausgaben 143 789 Frcs.

Rechenschaftsbericht über die Zürcherische kantonale Irrenheilanstalt Burghölzli für 1888. 8°. 23 S. (Dir. Dr. *Forel.*)

Bestand 353 (168 M. 185 F.), aufgenommen 278 (163 M. 115 F.), abgegangen genesen 64 (36 M. 28 F.), geb. 58 (36 M. 22 F.), ungeb. in andere Anstalten 37 (18 M. 19 F.), in eigene Familie 57 (29 M. 28 F.), in fremde Familie 13 (8 M. 5 F.), gestorben 46 (30 M. 16 F.), anderweitig 3 (2 M. 1 F.), blieben 353 (172 M. 181 F.). Bei den Genesenen bestand die Dauer der Krankheit vor der Aufnahme bei 51 Kr. bis 6 Mon., bei 13 längere Zeit. Bei diesen 64 war Heredität in 37, Nicht-Erblichkeit in 18 Zweifel in 9 Fällen. Nicht geisteskrank waren 2 M., ein Simulant u

freiwillig in die 1. Cl. eintretender Nervenkranker, dann ein 2jähr. Kind, das durch Neckereien eines anderen Kindes so aufgeregt wurde, dass man es zu Hause für geisteskrank hielt. Unter den Aufnahmen waren 36 (31 M. 5 F.) mit Dem. par., 14 mit Del. trem. — 18 Entweichungen ohne nachtheil. Folgen. Freien Ausgang hatten 50, in den Park 86 andere und in die Höfe 28. Jacke bei 11 Personen. Von 47 Wartpersonal traten 37 aus. — Ausgaben 272,816 Fr., pro Tag und Kopf 2,11½ Frs.

Bericht über die Verwaltung der kantonalen Irrenanstalt St. Urban 1886 u. 87. 8°. 32 S. u. 14 Tab. (Dir. Dr. *Fetscherin.*)

Bestand Anf. 1886 371 (193 M. 178 F.), aufgenommen 176 (91 M. 85 F.), entlassen geheilt 66 (37 M. 29 F.), ungeheilt 85 (48 M. 37 F.), gestorben 23 (16 M. 7 F.). Blieben Ende 1886 373 (183 M. 190 F.). Aufgenommen 1887 165 (74 M. 91 F.), entl. geheilt 70 (29 M. 41 F.), ungeheilt 74 (34 M. 40 F.), nicht-irre 2 F., gestorben 21 (9 M. 12 F.), blieben 371 (185 M. 186 F.). 1886 56,89 pCt. aller heilbaren Aufnahmsfälle geheilt, 1887 68,62 pCt. Heredität nachweisbar 1886 bei 71 (31 M. 40 F.), 1887 bei 96 (46 M. 50 F.). Von den Genesenen dauerte die Krankheit vor der Aufnahme 1886 bis 1 Monat bei 30 (20 M. 10 F.), bis 2—3 Mon. bei 15 (7 M. 8 F.), 4—12 Mon. 9 (4 M. 5 F.), bis 1—2 J. bei 7 (4 M. 3 F.), länger bei 5 (2 M. 3 F.). 1887 bis 1 Mon. bei 37 (15 M. 22 F.), bis 2—3 Mon. bei 20 (7 M. 13 F.), 4—12 bei 5 (2 M. 3 F.), bis 1—2 J. bei 6 (4 M. 2 F.), länger bei 2 (1 M. 1 F.). Von den Genesenen genasen 1886 innerhalb eines Jahres 61 (33 M. 28 F.), später 5 (4 M. 1 F.), 1887 je 63 (27 M. 36 F.) und 7 (2 M. 5 F.). An Lungenkrankh. starben 1886 7 (2 M. 5 F.), an Suicid 2 M., 1887 je 6 M. u. 1 F. — Wegen Ueberfüllung konnten nicht alle Kranken aufgenommen werden. Das Wartpersonal wurde gegen Unfälle versichert. Ausgaben 1886 57,976 Frcs., 1887 50,976 Frcs., pro Kopf und Tag je 2,19 und 2,22 Frcs.

31. Jahresber. der Heil- u. Pflegeanstalt St. Pirminsberg über 1888. 8°. S. 31. (Dir. Dr. *Laufer.*)

Bestand 319 (158 M. 161 F.), aufgenommen 123 (67 M. 56 F.), ausgetreten 130 (74 M. 56 F.), blieben 312 (151 M. 161 F.). Unter den Aufgenommenen 12 (10 M. 2 F.) mit Dem. paral., nicht-irre 5 (4 M. 1 F.). Näheres über die letzteren Fälle. Bei 123 (67 M. 56 F.) war Heredität nachweisbar. In 2 Fällen Geistesstörung unmittelbar nach Schreck. Entlassen genesen 39 (20 M. 19 F.), darunter mit Manie 13 (7 M. 6 F.), an Mel. 18 (7 M. 11 F.), 1 M. mit organ. Geistesstörung (Bleipsychose), 1 F. mit grauer Degeneration der Hinterstränge. Ungeheilt entlassen 66 (39 M. 27 F.), gestorben 25 (15 M. 10 F.), darunter 7 an Tuberculose. Künstliche Ernährung bei 15 Kr. In die Kolonie wurden 24 Kr. verpflegt. 12 vom Wartpersonal verliessen den Dienst. Ueberfüllung. — Ausgaben 207,888 Frcs., pro Kopf und Tag 1,81.

Jahresbericht der Bernischen Heil- und Pflegeanstalt Waldau für 1888. 8°. 34 S. (Dir. Dr. *Schaerer.*)

An den Plänen für die Anstalt in Münsingen wird noch immer gearbeitet, 6 schwere Krankheitsfälle konnten aus Platzmangel nicht aufgenommen werden. Die Ueberfüllung erfordert gebieterisch Abhülfe. Bewirthschaftung von 65 ha mit 47 Kühen. Ausgaben 249,436 Frcs, pro Kopf und Jahr 651 Frcs.

Bestand 344 (158 M. 186 F.), aufgenommen 129 (63 M. 66 F.), entlassen 102 (46 M. 56 F.), davon Todesfälle 19 (10 M. 9 F.), blieben 371 (175 M. 196 F.). Von 12 in gerichtl. Auftrage begutachteten Personen wurden 2 als nicht-irre erklärt. Nachweislich erblich belastet 83 Aufgenommene. Es genasen 19 (6 M. 13 F.), davon erblich belastet 14 (5 M. 9 F.).

Von dem Armenwesen des Kantons Bern wurden für 173 Irre in anderen Anstalten der Schweiz, auch privaten, bezahlt 95,497 Frcs. Unter den 19 Todesfällen nur 1 M. mit allg. progr. Paralyse.

Maison de santé de Préfargier. 1888. 40me Rapport par Dr. *G. Burckhardt.* 4°. 33 p.

Aufgenommen 90 (43 M. 47 F.), entlassen geheilt 44 (20 M. 24 F.), ungeheilt 43 (23 M. 20 F.), gestorben 4 (2 M. 2 F.). Anfang 1888 124 (58 M. 66 F.), am Ende 123 (56 M. 67 F.). Ausgabe 193,998 Frcs., pro Kopf und Tag 3,68 Frcs. Mehrere Fälle von jugendlichem Irrsein werden mitgetheilt, darunter von Fol. circul. Die Temperaturmessungen ergaben dasselbe Resultat wie im Berichte von 1877. Zum ersten Male wurde die Trepanation mit Excision von Stückchen der Gehirnrinde bei einer unruhigen Blödsinnigen mit Erfolg gemacht.

2. Bericht über die Thätigkeit der Heilanstalt für Nervenkranke von Dr. *Holst* in Riga, nebst Mittheilungen über practische Erfahrungen auf dem Gebiete des Hypnotismus. 8°. 34 S.

Seit dem letzten Berichte vor $2^3/_4$ J. kamen 138 Kr. (59 M. 79 F.) in Behandlung. 1. Mit Neurasthenie 46 (17 M. 29 F.), davon 28 geheilt. 2. Hysterie 39 (3 M. 36 F.), davon 16 geheilt und 23 gebessert. 3. Hypochondrie 12 M., davon 8 geheilt. Die übrigen Nervenstörungen in geringerer Zahl. Die Besserungen stellen eine hohe Ziffer dar und auch sie sind wie bei der Hysterie eine grosse Wohlthat. Die Anstalt hat noch nicht ihr eigenes Heim. „Eine grössere Frequenz und damit grössere Rentabilität wäre nur zu erzielen durch Hinzuziehung eines grösseren Capitales. Nicht nur geschäftlich, sondern auch in Bezug auf die wissenschaftlichen Leistungen ist ein wirklich gedeihlicher Fortschritt nur denkbar, wenn dem Unternehmen ein Capital zur Verfügung steht, für das der ärztliche Leiter keine Verantwortung trägt und das auch nicht von ihm, wenigstens

nicht allein, verwaltet wird. Die ärztliche Leitung sollte von der geschäftlichen getrennt sein." Die psychische Therapie ist der wesentlichste Factor in der Therapie der allgemeinen Neurosen. Die Schmerzen der Hysterischen stellen in sehr vielen Fällen keine periphere Nervenaffection dar, sondern eine functionelle Gehirnstörung. Eine vom Verf. modificirte Influenzmaschine hat ihn zu einer wirksameren Benutzung der Elektricität geführt. Auf seine practischen Erfahrungen über den Hypnotismus sei besonders hingewiesen.

Bericht über die Irrenanstalt zu Utrecht pro 1887 und 1888. (Director Dr. *Holl.*)

Bestand 1. Jan. 1887 421 (224 M. 197 F.). Zugang 1887 93 (44 M. 49 F.), 1888 94 (47 M. 47 F.). Abgang 1887 96 (50 M. 46 F.), 1888 96 (53 M. 43 F.). Es blieben Ende 1888 416 (212 M. 204 F.). Innerhalb des ersten Krankheitsjahres aufgenommen 63 pCt. M. und 52 pCt. F.

Es gingen ab geheilt 1887 21 (10 M. 11 F.), 1888 29 (19 M. 10 F.), ungeheilt 1887 38 (16 M. 22 F.), 1888 41 (16 M. 25 F.). Es starben 1887 37 (24 M. 13 F.), 1888 26 (18 M. 8 F.).

Aus den Sectionsergebnissen ist bemerkenswerth:

Bericht pro 1887. S. 76. Fall von erworbener Idiotie mit rechtsseitiger Muskelatrophie; grosser alter polyencephalitischer Heerd der ersten und zweiten linken Stirnwindung, Atrophie der linken Pyramide und des rechten Pyramidenseitenstrangs, Zellenatrophie im rechten Vorderhorn der Halsanschwellung.

S. 83. Ebenfalls 2 Fälle von Rindenheerden mit secundärer Atrophie.

S. 85. Fall von Epilepsie nach Schädelbruch, ausgebreitete Tuberculose der Rinde.

S. 89. Fall von Paralysis agitans mit diffuser Sclerose des Rückenmarks.

S. 96ff. wird an der Hand einiger Fälle der Unterschied auseinandergesetzt, welchen der Verlauf der progressiven Paralyse darbietet, jenachdem die Rindenerkrankung das Stirn-, Hinterhaupts- oder Schläfe- (und Scheitel) hirn betrifft.

S. 103. Fall von aufsteigender Atrophie der Rückenmarksnervenfasern und Zellen sowie des gekreuzten Lobulus paracentralis nach Luxation des Arms in der Jugend.

S. 106. Primäre Dementia mit aussergewöhnlich starkem Hirnödem.

S. 110ff. 2 Fälle von Melancholia suicidii mit Verlagerung, Verwachsung etc. des Dickdarms als muthmaasslicher Ursache der melancholischen Verstimmung.

Bericht pro 1888: S. 53. Fall von Idiotie mit Schädeleindrücken von der Zangenentbindung her, entsprechenden Rindenheerden und Atrophie des Rückenmarks. *Schaefer.*

Bericht über die Anstalt Meerenberg pro 1887 und 1888. (Director Dr. *van Persijn*.)

Die grösste Irrenanstalt der Niederlande ist noch um 428 Plätze vergrössert worden, sodass sie gegenwärtig 1217 Kranke aufnehmen kann. Dass diese in der Gegenwart mehrfach platzgreifende Massenverpflegung in den primären Hauptanstalten der Sache der Irrenpflege nicht förderlich ist, dürfte keinem Zweifel unterliegen. Die Hauptsache, nämlich die Behandlung der Kranken durch den erfahrendsten und sich der meisten Verantwortung bewussten Arzt, den Director, wird dadurch zur Unmöglichkeit. Der verdiente Director Dr. *van Persijn* hat deswegen auch die Erweiterung nicht befürwortet. Indess ist es ihm ergangen, wie es auch Anderen begegnet, dass bei den Behörden unter dem Druck der Zunahme der Kranken öconomische Rücksichten über die ärztlichen den Sieg davontragen.

Bestand Anfang 1887 882 (435 M. 447 F.), zugegangen 1887 144 (80 M. 64 F.), 1888 208 (102 M. 106 F.). Abgegangen 1887 114 (70 M. 44 F.), 1888 136 (62 M. 74 F.). Blieben Ende 1888 984 (485 M. 499 F.). Es gingen ab geheilt 1887 40 (22 M. 18 F.), gebessert 13 (4 M. 9 F.), 1888 geheilt 26 (13 M. 13 F.), gebessert 9 (5 M. 4 F.). Es starben 1887 87 (40 M. 47 F.), 1888 58 (37 M. 21 F.).

Von den anatomisch durch die im Dienst einander gefolgten beiden Prosectoren der Anstalt näher untersuchten Fällen sind folgende bemerkenswerth.

Bericht pro 1887: S. 56 No. 58. Idiotische Frau von sehr tiefstehender Intelligenz, gleichmässige Kleinheit der Hemisphären, Rinde ebenso wie die basalen Ganglien atrophisch; entsprechend sind atrophirt die Pedunculi cerebri, Pons, Nucleus dentatus cerebelli, das Kleinhirn selbst (vielleicht mit Ausnahme des Wurms) die Pedunculi cerebelli ad cerebrum und die rothen Kerne. In den hier atrophirten Partien erblickt Verf. ein geschlossenes System, dessen Entwickelung von derjenigen ihres oberen Theiles (der Hirnrinde) abhängt, und dem ein anderes System, das Reflexsystem unabhängig gegenübersteht.

S. 72 No. 50. 18jähriger Idiot, richtiger Blödsinniger, seit 6 Jahren krank, weist anatomische Hirnveränderungen auf, welche ganz denjenigen der Paralyse entsprechen. Der Fall wird deshalb als eine sehr frühzeitige (an den von *Strümpell* im Neurol. Centralbl. 1888 No. 1 mitgetheilten Fall eines 13jährigen paralytischen Mädchens erinnernde) Paralyse aufgefasst werden müssen.

S. 76 No. 47. Dementia senilis mit Seelenblindheit, Faserschwund, Kernvermehrung, die grossen Pyramidenzellen fast sämmtlich zu Grunde gegangen und zwar in den vorderen Abschnitten der Stirnlappen, des Cuneus und Praecuneus rechts und des Cuneus links.

Bericht pro 1888: S. 51 No. 29. Fall von Paralyse mit ausge-

sprochener Tabes, ausgesprochene Degeneration der Hinterstränge. Die Untersuchung, ob die durch die Theorie *Jendrassik*'s geforderte Degeneration der Verbindungsbahn zwischen Hintersträngen und Rinde (am besten zu treffen im Stratum interolivare und Nucleus funiculi gracilis et fun. cuneati) vorhanden war, ergab ein negatives Resultat. Dennoch sprechen theoretische Gründe für *J.*'s Theorie.

S. 68 No. 2. Fall von Hydrocephalus und starker Syringomyelie bei einer Maniacalischen.

S. 71 No. 4. Fall von Defect im linken Occipitallappen und Asymmetrie der Vorderstränge des Rückenmarks. Beide Fälle sind eingehend abgehandelt. *Schaefer.*

J. C. Howden, Description of the New Hospital at the Montrose Royal Lunatic As. — J. of Ment. Sc. Jan. p. 500.

Das neue, vom Hauptgebäude getrennte und mit besonderem Pflegepersonal versehene, aber unter derselben Direction stehende Haus ward für die körperlich Kranken der Anstalt bestimmt und für je 50 Kranke beider Geschlechter eingerichtet. Es hat besondere Räumlichkeiten, um einen Theil der Kranken von den anderen zu trennen. Man rechnet darauf, dass bis $^1/_5$ der Kranken der Anstalt dorthin übersiedeln. — Kosten ausser Malen und Meubliren c. 13000 Pfd. = 260000 Mk.

Crichton Royal Institution, Dumfries, 49th ann. Rep. Y. 1888.

Krankenbestand am 1. Jan. 1888: 517 (254 M. 263 Fr.). Aufgenommen 294 (137 M. 157 Fr.). Entlassen als geheilt 82 (33 M. 49 Fr.), als ungeheilt 51 (20 M. 31 Fr.); gestorben 44 (23 M. 21 Fr.); Bestand am 31. Dec.: 624 (311 M. 313 Fr.).

Von diesen waren 300 Privatpatienten, 11 waren freiwillig eingetreten. — Von den ungeheilt entlassenen konnten Viele in Privatpflege gegeben werden.

110 Acres Land wurden erworben.

In einiger Entfernung von der Anstalt waren in 2 Häuschen 5 resp. 6 weibliche Kranke ohne Wärterin untergebracht. Sie wurden täglich vom Arzte und der Oberwärterin besucht, besorgten aber selbst alle häuslichen Geschäfte. Jetzt ist eine alte Wärterin dorthin übergesiedelt und führt die Aufsicht. Jene konnten zu Hause nicht leben, bedurften aber auch der Anstalt nicht und befinden sich so durchaus wohl.

18. Report of the Buffalo State Asylum for Insane for 1888. 8°. p. 68. (Dir. Dr. *J. B. Andrews.*)

Bestand Oct. 1887 356 (171 M. 185 F.), aufgenommen 274 (157 M. 117 F.), entlassen geheilt 82 (51 M. 31 F.), ungeheilt 114 (63 M. 51 F.), gestorben 45 (26 M. 19 F.), mit Del. trem. 14 (12 M. 2 F.), nicht-irre 3 (2 M. 1 F.), Morphinisten 4 (2 M. 2 F.), blieben 368 (172 M. 196 F.). Seit Eröff-

nung der Anstalt wurden aufgenommen 2243, von welchen 1875 entlassen wurden, darunter 84 Fälle von Del. trem., Morphiumsucht etc., so dass 1,791 mit eigentlicher Geistesstörung. Davon wurden geheilt und gebessert 952 oder mehr als 53 pCt. 110 oder mehr als $^1/_8$ aller Aufnahmen zeigten Mord- oder Selbstmordneigung. 19 hatten Selbstmord- und 10 Mordversuche gemacht, 5 beides. Eine Kranke mit unruhiger Melancholie starb an Diphtherie nach 3 Tagen, war 6 Wochen in der Anstalt, litt an Nahrungsverweigerung und hatte keine Besuche von aussen gehabt. 2 Fr. starben am Suicid, die eine, seit 12 Jahren periodisch krank, stürzte sich beim Reinmachen der Kapelle durchs Fenster und ein bei ihr gefundener Brief zeigte, dass sie vorher die Absicht gehabt. Die andere ward todt im Bett gefunden, sie hatte sich mit dem Betttuch erwürgt. — Es beschäftigten sich $79^3/_4$ pCt. der Männer, $76^1/_4$ pCt. der Frauen. — Es folgt ein Rückblick auf die Staatsfürsorge für die Irren in den letzten Jahrzehnten, dann Tabellen, endlich die Aufnahmebedingungen.

M. Sandwith, The Cairo Lun. As., 1888. — J. of Ment. Sc., Jan. p. 473.

Verf. giebt einen kurzen Rückblick über die Geschichte der Anstalt, von den Zeiten an, wo die Schlaflosigkeit der Kranken durch sanfte Musik und treffliche Märchenerzähler bekämpft wurde, bis zu dem unglaublichen Elend, das vor c. 20 Jahren in Gestalt von Ketten, grösstem Schmutz und Vernachlässigung die Kranken umgab. Endlich wird die Umgestaltung des Asyls in seinen jetzigen befriedigenden Zustand auf englische Initiative geschildert. Ende Dec. 1887 befanden sich 264 Kranke in der Anstalt. 1887 waren 457 Kranke aufgenommen, 67 gestorben, 310 geheilt und 49 ungeheilt entlassen. Eine Beschreibung einzelner Fälle folgt zuletzt.

Ramaer und ***van Capelle,*** Die holländische Staats-Inspection des Irrenwesens im Jahre 1886. — Psychiatr. Bladen VI. 2.

Der Bericht meldet von 329 den Inspectoren aus der Privatpflege gemeldeten Irren.

In einer „Villa für Nervenkranke" fanden die Inspectoren eine Zelle, und darin eine Dame, die auf ihre Veranlassung in eine öffentliche Anstalt gebracht wurde.

Die Ueberfüllung einer Anstalt (Delft) zwang dazu, einen gemeingefährlichen Kranken in einem Gefängniss unterzubringen.

Die Inspectoren beklagen die Ueberfüllung der meisten Anstalten; in einzelnen Anstalten verlangen sie deshalb energisch künstliche Ventilation.

Kurella.

Ginsburg-Schik, Bericht über die Irrenanstalt zu Cherson für das J. 1887. — Russ. Arch. Psych. Bd. 13. H. 2.

Am 1. Jan. 1883 befanden sich in der Anstalt 130 Kranke, im Laufe des Jahres kamen hinzu 192, in Behandlung waren 232 Kr.

Am 1. Jan. 1887 Bestand 278, kamen hinzu 219, behandelt 497 Kr.

Wir sehen also auch hier in kurzer Zeit eine sehr bedeutende Zunahme; trotzdem erwähnt der Verfasser, dass sehr vielen Kranken die Aufnahme aus Mangel an Platz verweigert werden musste.

Von den im J. 1887 behandelten Kranken waren 311 M. und 186 F.

Als Genesene	verliessen	11,7 pCt.	und zwar	42 M.	und	25 F.	
- Gebesserte	-	6,6 -	- -	21 -	-	12 -	
Ohne Besserung	-	11,2 -	- -	47 -	-	9 -	
Gestorben	-	9,8 -	- -	31 -	-	18 -	

Was die Gestorbenen anbelangt, so wurde bei 10 M. und 12 F., also 44,9 pCt. Lungentuberculose als Todesursache constatirt, in Folge von Paralysis prog. verschieden 24,6 pCt., 10 M. und 2 F. Den bedeutenden Procentsatz der Tuberculose schreibt Verfasser theilweise der unzureichenden Räumlichkeit zu.

Im Laufe des Jahres entflohen aus der Anstalt 15 Kranke, von denen 3 Personen nicht zurückgebracht wurden.

Eine Kranke entleibte sich durch Erhängen.

33 M. und 3 F. = 7,24 pCt. der ganzen Krankenzahl wurden der Anstalt von verschiedenen Behörden übergeben, um zu bestimmen, ob sie geistig krank oder gesund seien, 10 M. und 1 F. erwiesen sich als geistig gesund.

28 Personen und zwar 18 M. und 10 F. wurden zu wiederholten Malen der Anstalt übergeben. *A. v. Rothe.*

***Sinani, B.,* Bericht über die Kolmow'sche Irrenanstalt des Gouvern. Nowgorod vom 1. Nov. 1887 bis 1. Nov. 1888.**

Auch hier hören wir gleich am Anfange die Klagen über die Ueberfüllung der Anstalt im Allgemeinen und im Besonderen der weiblichen Abtheilung. Die Anstalt liegt ungefähr 3 Werstkilometer von der Stadt Nowgorod und werden die Kranken, da die überwiegende Zahl derselben 63,2 pCt. zu den Landbauern gehört, mit Feldarbeiten beschäftigt. Auffallend ist, dass, während aus der Stadt Nowgorod 1 Kr. auf 686 Einw. in der Anstalt Hülfe suchte, aus dem Kreise Nowgorod nur 1:3820 und aus dem Kreise Staraja Russ sogar nur 1 : 12722 Einw. die Anstalt beanspruchte.

Am 1. Nov. 1887 Bestand	123 M. u.	53 F. = 176		
Im Laufe des J. kamen hinzu	66 - -	22 - = 88		
Im Ganzen wurden behandelt	189 - -	75 - = 264		
Die Anstalt verliessen	60 - -	16 - = 76		
und zwar als genesen	25 - -	7 - = 32	= 12,1 pCt.	
gebessert und ungebessert	15 - -	3 - = 18	= 6,8 -	
gestorben	20 - -	6 - = 26	= 9,8 -	
Es verblieben am 1. Nov. 1888	129 - -	59 - = 188.		

Was die Todesursachen anbelangt, so nimmt die erste Stelle der paralytische und senile Marasmus ein.

Was die Beschäftigung anbelangt, so waren durchschnittlich und täglich 43 Männer und 51 Frauen thätig.

3 Kranke waren im Laufe des Jahres aus der Anstalt entflohen.

A. v. Rothe.

***Kossakowski, W.*, Bericht über die Irrenabtheilung in Kischinew, Gouvern. Bessarabien vom 1. Nov. 1887 bis 1888.**

In früheren Jahren brachte ich eine Beschreibung dieser Anstalt von Dr. *Lion*, welche in vielen Beziehungen an das *Dante*'sche „Lasciate ogni speranza" erinnerte. Von jener Zeit an bekam ich über Kischinew nichts weiter zu hören, um so mehr erfreute mich der mir zugeschickte gedruckte Jahresbericht, aus welchem man deutlich ersieht, dass auch in jenem entlegenen Gouvernement vieles zum Wohle unserer armen Geisteskranken geschieht, dass aber trotz alledem noch viel, ja sehr viel zu thun übrig bleibt.

Am 1. Nov. 1887 Bestand	175 Kr.	101 M. u.	74 F.
Neu hinzu kamen	264 -	161 - -	103 -
Summe der Behandelten	439 -	262 - -	177 -
Die Anstalt verliessen	255 -	157 - -	98 -
Am 1. Nov. 1888 verblieben	184 -	105 - -	79 -

Was die 255 Kranke anbelangt, welche die Anstalt verliessen, so kommen auf Genesene 11,84 pCt., Gebesserte 21,18 pCt., ohne Besserung 10,47 pCt., Gestorbene 14,55 pCt. Unter den Gestorbenen nimmt die Lungen- und Darmtuberculose eine sehr bedeutende Rolle ein, da 30,21 pCt. dieser Todesursache zum Opfer fielen. Gerichtlich psychiatrische Untersuchungen waren im Laufe des Berichtsjahres 12. Fälle von Flucht aus der Anstalt kamen im Jahre 24 vor und zwar 18 M. und 6 F.

Die Kranken werden viel und regelmässig beschäftigt und zwar in einer Seiler-, Schuhmacher-, Schneider- und Tischlerwerkstatt, die Frauen mit verschiedenen Handarbeiten. Dem Collegen *Kossakowski* ist vor allem Muth und Ausdauer zu wünschen, da er der alleinige Arzt und Leiter dieser Anstalt ist und ihm selbst auch das niedere Dienstpersonal nur sehr kümmerlich zugemessen ist und zwar ein ungeschulter Krankenwärter auf 12 Kranke.

A. v. Rothe.

***Ginsburg-Schik*, Bericht über die Cherson'sche Gouvernements-Irrenanstalt des Landstandes für das J. 1888.**

Seit dem Jahre 1883, in welchem der *Cherson*'sche Landstand die frühere Irrenanstalt (Irrenhaus) des Comités der allgemeinen Fürsorge übernommen, ist, wie aus früheren Berichten bekannt, ausserordentlich viel für die Irrenpflege des Gouvernements geschehen, das Bedeutendste jedenfalls wohl die vollständige Autonomie und Unabhängigkeit der Irrenpflege von den andern Wohlthätigkeitsanstalten, als Resultat sehen wir denn, dass

während im J. 1883 nur 232 Kr. behandelt und verpflegt wurden, die Zahl der Kranken im J. 1888 521 betrug und doch hören wir auch in diesem Berichte die Klagen über Mangel an Raum, in Folge dessen ein vollständiger Neubau 6 Werst ausserhalb Chersons in Angriff genommen worden ist, welcher in nächster Zeit seine Vollendung erwartet.

Am 1. Jan. 1888 war ein Bestand von	292 Kr.	168 M. u.	124 F.
Im Jahre 1888 kamen hinzu	229 -	140 - -	89 -
Behandelt und verpflegt wurden . . .	521 -	310 - -	211 -
Als genesen verliessen die Anstalt . .	74 -	49 - -	25 -
- gebessert	33 -	15 - -	18 -
Ohne Besserung	50 -	31 - -	19 -
Gestorben	52 -	32 - -	20 -

Von verschiedenen Gerichten und Behörden wurden 30 Personen und zwar 26 M. und 4 F. der Anstalt zur Untersuchung übergeben, wovon 2 sich als geistig gesund erwiesen.

Aus der Anstalt entflohen 4 Kr., 3 wurden zurückgebracht und 1 wurde nicht wieder gefunden.

Unter den Todesursachen finden wir die Tuberculose mit 42,3 pCt. und die Paralysis prog. mit 19,2 pCt. vertreten.

Von den Kranken gehört der grösste Theil 34,5 pCt. der Landbauer. Die Kranken werden viel mit Arbeit beschäftigt, leider aber macht der Bericht den Eindruck, als ob die Hauptaufgabe der Anstalt darin zu suchen sei, so viel als möglich Kranke physisch zu beschäftigen und auf diesem Wege Ersparnisse zu erzielen. *A. v. Rothe.*

Tschisch, W., Jahresbericht über die St. Petersburger Pflegeanstalt des heil. Pantelejmon für das J. 1887.

Zu Anfang des Jahres war der Bestand	340 M.	175 F.	= 515.
Im Laufe des Jahres kamen neu hinzu	138 -	71 -	= 209.
Im ganzen wurden verpflegt	478 -	246 -	= 724.

Der grösste Theil der Neuaufgenommenen kamen aus der Anstalt des h. Nicolaus des Wunderthäters, die Beachtung verdient, dass der grösste Theil der Kranken den gebildeten und privilegirten Ständen angehört und nur ein verhältnissmässig geringer dem Arbeiter- und Bauernstande.

Im Laufe des Jahres verliessen die Anstalt als gebessert 14 M. 12 F. = 26; ohne Besserung 55 M. 19 F. = 74. Gestorben sind 45 M. 17 F. = 62; in Summa 114 M. 48 F. = 162. Für das Jahr 1888 verblieben 358 M. 200 F. = 558.

In Folge der allgemeinen fortschreitenden Paralyse verschieden im Jahr 1887, 27 M. 1 F. = 28.

Da die Abtheilung für geisteskranke Verbrecher und verbrecherische Geisteskranke anderweitig untergebracht worden ist, so ist die etatsmässige Zahl der Kranken um 100 vermehrt worden und zwar je 80 M. und 20 F.

Nach dem Berichte herrscht in der Anstalt nicht nur das absolute N. restraint, sondern Open door System.

Aus der Anstalt entsprangen 8 M. u. 3 F. = 11.

Ein Kranker ertrank beim Baden.

Zur Arbeit werden die Kranken so viel als möglich angehalten, sowohl im Freien (Landarbeit) als auch in Werkstätten; die Arbeit der Frauen ist bedeutend günstiger als die der Männer.

Auffallend ist es auch, dass nur selten ein Pflegling freiwillig von den Seinen aus der Anstalt genommen wird. *A. v. Rothe.*

Litwinoff, M. P., Bericht über die Thätigkeit der Irrencolonie Butascheff im Twer'schen Gouvernement.

Dieser Bericht umfasst die Zeit vom 1. November 1887 bis 1. Novbr. 1888. Diese Anstalt ist wohl unstreitig eine der besten des russischen Reiches und besteht seit vier Jahren in ihrer jetzigen Gestalt. Leider aber klagt ihr Director Dr. *Litwinoff* schon jetzt über Ueberfüllung und die daraus entspringenden Uebelstände, namentlich erschwerte Aufnahme. Die Anstalt ist Heil- und Pflegeanstalt; im Berichtjahre

wurden daselbst behandelt . .	639 Kr.	419 M. u.	220 F.
davon waren neu aufgenommen	292 -	211 - -	81 -
die Anstalt verliessen . . .	258 -	185 - -	73 -

und zwar als genesen	69 = 10 pCt.	Kr.	49 = 11 pCt.	M.	u.	20 = 9 pCt.	F.
in der Genesung .	9 = 1 -	-	5 = 1 -	-	-	4 = 1 -	-
bedeutend gebessert	35 = 5 -	-	24 = 5 -	-	-	11 = 5 -	-
ohne Besserung . .	74 = 11 -	-	61 = 14 -	-	-	13 = 5 -	-
gestorben	71 = 11 -	-	46 = 10 -	-	-	25 = 11 -	-

Am 1. Nov. 1888 verblieben 381 Kr., 234 M. u. 147 F.

Die grösste Zahl der Kranken 53 pCt. gehörten der Landbevölkerung, dem Bauernstande an.

Gerichtliche Fälle waren 22 und zwar 18 M. u. 4 F., wegen Todschlag 7 mal, Versuch des Todschlages 1 mal, schwere Verletzung 4 mal, wegen leichter Verletzung und Diebstahl je 2 mal, Kirchenschändung 3 mal, Staatsvergehen 1 mal, andere Vergehen 2 mal, Fluchtversuche aus der Anstalt wurden 13 mal und zwar von 11 M. und 2 F. ausgeführt, wovon 1 Kranker nicht wieder gefunden wurde.

Die Kranken und namentlich die unheilbaren werden viel mit Arbeit beschäftigt. 79 M. und 58 F. sind durchschnittlich täglich systematisch beschäftigt. Der Werth der von den Kranken geleisteten Arbeiten hatte den Werth von 2461 Rb. und 21 Kop. *A. v. Rothe.*

v. Rothe, Dr. *A. J.,* Jahresbericht über die Warschauer Irrenanstalt des heiligen Johannes a Deo für das Jahr 1887. — Wjestnik Psychiatryj. Jahrg. VI. Heft 11.

Die Anstalt ist etatsmässig für 200 kranke Männer bestimmt, seit Jahren

aber schon überfüllt, daher die Aufnahme eine mehr als beschränkte und erschwerte.

Am 1. Jan. 1887 betrug der Bestand	205.	
Neu aufgenommen wurden im J. 1887	99.	
Behandelt wurden im Ganzen . . .	304.	
Die Anstalt verliessen als genesen .	19 =	6,2 pCt.
als gebessert	37 =	12,1 -
ohne jede Besserung	2.	
Gestorben	41 =	13,4 -
Zum 1. Jan. 1888 verblieben	205.	

Die Verpflegung und Beaufsichtigung über diese Kranken haben drei Aerzte, 1 Feldscheer, 8 Oberaufseher und 20 Krankenwärter, durchschnittlich kommen auf 7,3 Kranke ein Wärter. Von den 304 behandelten Kranken waren 90 oder 29,6 pCt. deren Genesung wahrscheinlich; 45 oder 14,7 pCt. deren Genesung eine zweifelhafte war und 169 = 55,7 pCt., welche von Hause aus zu den unheilbaren gezählt werden mussten. Die häufigste Todesursache war Bronchopneumonia caseosa 16 pCt.; Pneumonia cruposa 8 pCt. und Pneumonia cachectica 16 pCt.

Gerichtlich medicinische Fälle hatten wir im Laufe des Jahres 44, davon 19 Neuaufgenommene; 2 wurden als nicht geisteskrank erkannt.

So viel als möglich wurden unsere Kranke mit Arbeit beschäftigt, durchschnittlich waren täglich 46 Kranke theils bei der Wirthschaft, theils in den Arbeitszimmern beschäftigt. *A. v. Rothe.*

Tschetschot, O. A., Die Irrenpflege in St. Petersburg. — Wjestnik Psych. Russ. Bd. VI. H. 2.

In ausführlicher Weise giebt uns *Tschetschot*, einer der gediegensten practischen Irrenärzte, Oberarzt der Irrenanstalt des heil. Nicolaus des Wunderthäters in St. Petersburg einen Ueberblick über die Geschichte der Irrenpflege Russlands. Die erste Idee zur Errichtung specieller Irrenanstalten datirt von dem Kaiser Peter III. im Jahre 1762 den 20. April, blieb aber leider nur eine Idee auf dem Papiere. Auf die weiteren Einzelnheiten, da dieselben die Grenzen eines Referates überschreiten würden, kann ich mich hier nicht einlassen, behalte mir jedoch vor, dieses Thema, welches sehr viel Interessantes bietet, demnächst zu bringen.

Am 9. October 1766 regte der St. Petersburger General-Polizeimeister Tchitscherin die Frage der Irrenverpflegung an und es wurde ein Comité ernannt, welches diese Frage endgültig lösen sollte. Das Resultat dieser Commission war die Eröffnung des „Tollhauses" am 6. Mai 1779, leider sind aber keine Nachrichten über die innere Einrichtung dieses „Tollhauses" vorhanden noch für wie viel Kranke es bestimmt war. Im Jahre 1784 aber wurde bei dem Obuchowschen Stadthospital eine besondere Abtheilung als „Tollhaus" für 32 Kranke errichtet; im Jahre 1789 wurde die Zahl der Kranken um 12 und bis zum Jahre 1800 um 20 vergrössert. Im J. 1800

zählte Petersburg 220208 Einw., mithin auf 3440 Einw. einen Platz für Irre. Bis zum Jahre 1882 stieg die Zahl der Plätze bis zu 125.

Im Jahre 1832 wurde bei Petersburg die erste wirkliche selbständige Irrenanstalt „zur Mutter Gottes aller Leidtragenden" mit 120 Betten eröffnet, die Abtheilung am Obuchowschen Hospital, wo sich 125 Kr. befanden, aber geschlossen. An der Irrenanstalt wurde die Zahl der Kranken langsam vergrössert, so dass dieselbe im J. 1839 schon 200 Kranke beherbergen konnte. Jedoch auch diese Zahl genügte den Anforderungen noch lange nicht und auf verschiedenen Wegen wurde nach Abhülfe gesucht; so wurde unter andern zuerst eine Abtheilung am Arbeitshause für 6 Kr. geschaffen, und die frühere Abtheilung am Obuchowschen Hospital wieder für 34 Kr. eröffnet.

Zu Anfange des J. 1845 hatte St. Petersburg bei einer Einwohnerzahl von 468625 nur 240 Plätze für Geisteskranke; zu Anfang des J. 1885, also 40 Jahre später, wurden in Petersburg schon 2035 Geisteskranke behandelt und verpflegt. Petersburg als Stadt zählte im J. 1884 947500 Einw.; Stadt und Gouvernement zusammen aber 1 646 057 Einw., somit kommt 1 Platz für Geisteskranke auf 466 resp. 809 Einw.

Die bedeutendsten Irrenanstalten Petersburgs sind:

1.	Zur Mutter Gottes aller Leidtragenden 100 M. 150 F. . . .	= 250.
2.	Zum heil. Nicolaus des Wunderthäters	310.
3.	Die Anstalt Kaiser Alexanders III. . . 110 M. 110 F. 50 Idiot.	= 270.
4.	Die Anstalt des heil. Panteleimon	500.
5.	Die Klein-Ochtensche Anstalt für . . . . 220 F. . . .	= 220.
6.	Die Irrenklinik am 2. Militärhospital	100.
7.	Die Irrenabth. am 1. -	100.
	Die Privatanstalten des Dr. *Frey* für	70.
	Des Dr. *Stein* jetzt Nizegorodcew	35.

A. v. Rothe.

***Gowsejew, A. A.,* Die Grundlagen der Behandlung und Verpflegung Geisteskranker in den Irrenabtheilungen der Gouvernements-Krankenhäuser. — Russ. Archiv Psych. Bd. 13. H. 1.**

Der Artikel dürfte wohl vorzüglich für Nicht-Irrenärzte geschrieben sein. Im Grossen und Ganzen schildert er uns die Irrenabtheilung des Hospitals der Stadt Ekaterinoslaw. Verfasser weist nach wie schwer es ist trotz aller Mühe und Kosten, derartige Abtheilungen auch nur einigermaassen zweckentsprechend herzustellen und giebt verschiedene allgemein bekannte Rathschläge und Fingerzeige. Das Interessanteste für uns liegt aber darin, dass er nachweist, wie auch in Ekaterinoslaw die Zahl der Geisteskranken von Jahr zu Jahr im Steigen ist, während im J. 1875 die Zahl der behandelten und verpflegten Kranken 188 betrug, stieg sie schon im J. 1878 zu 218, 1881 bis 327, 1885 bis 421 und erreichte am

Ende des J. 1887 die Zahl von 539. Im Laufe von 13 Jahren hat sich also die Zahl der Kranken fast verdreifacht. *A. v. Rothe.*

Steinberg, S. J., Die ausländischen Irrenanstalten. — Russ. Arch. psych. B. 13. H. 1. 2. 3.

Den geehrten Lesern unserer Zeitschrift ist es ja bekannt, dass in dem letzten Decennium in dem grossen und weiten Russland für das Wohl der Geisteskranken ausserordentlich viel geschehen ist; ausser der Regierung haben dazu nicht Wenig einige Landstände (Sematwa-Provinzialverwaltung) beigetragen. So viel nun auch schon geschehen, so bleibt aber noch viel, viel mehr zu thun übrig. Unter anderen Gouvernements-Landständen verdient auch Saratow unsere volle Anerkennung; auch hier wurde die Frage der rationellen Behandlung und Verpflegung der Irren auf das eingehendste und gewissenhafteste besprochen und schliesslich dem Dr. *S. Steinberg*, Director der Saratower Irrenanstalt der Auftrag, gegeben, sich noch eingehender mit dieser Frage im Auslande bekannt zu machen.

In Folge dieses Auftrages besuchte und studirte Dr. *Steinberg* zehn ausländische Irrenanstalten und zwar 4 in Deutschland, Alt-Scherbitz, Dalldorf, Nitleben und Kortau; 4 in Frankreich, Bailleul, Quatre-Mares, St. Yon und Clermont; Gheel in Belgien und Meerenberg in Holland.

Etwas Neues finden wir in diesen Beschreibungen durchaus nicht und sind dieselben ja so allgemein gekannt, dass ich nicht näher einzugehen brauche. Hervorheben möchte ich nur, dass Verfasser sein Hauptaugenmerk auf die Beschäftigung der Kranken richtete und zu dem Schlusse kommt, dass nur derartige Anstalten bestehen können und den Anforderungen der heutigen Irrenpflege und Versorgung Genüge leisten, welche eng mit einer landwirthschaftlichen Colonie verbunden sind. Derartige Anstalten entsprechen nicht nur den ärztlichen, sondern auch den öconomischen Anforderungen, da sie allein es sind, welche sich selbst, ohne Unterstützung der Regierung und Gemeinden erhalten können; die Unterhaltskosten, welche die Verwandten des Kranken (Pensionäre und allgemeine-arme Kranke) zu entrichten haben, in Verbindung mit dem Ertrage ihrer Arbeitsleistungen, können unbedingt alles bestreiten, was zur Erhaltung und Weiterentwickelung der Anstalt nöthig ist. *A. v. Rothe.*

5. Bericht über den Hülfsverein für Geisteskranke im Reg.-Bez. Düsseldorf, 1888. 8°. 47 S.

928 Mitglieder mit einem Beitrage von 3220 M. Nutzen der reichlichen Beschaffung von Zeitungen. Pflichten der Vertrauungsmänner. Ausgaben 757 M. Verzeichniss der Geber. Statut. Anleitung zur Aufnahme in die Anstalt.

Bericht der Verwaltung der Unterstützungskasse der Hessischen Landes-Irrenanstalten. Rechnungsjahr 1888/89. 8°. 16 S.

Diesmal ist von dem Gebrauche abgegangen, die einzelnen Geber aufzuführen, 11920 Geber. Einnahme 17586 M., Ausgabe 14530. Eine nähere Berichterstattung, wie dies früher der Fall war und manche Aufklärung brachte, fehlt.

14. Jahresber. des Hülfsvereines für arme Irren des Kantons Luzern. 1887. 8°. 92 S.

Zur Frage der Irrengesetzgebung von Director Dr. *Fetscherin* dazu gehört 1) die Versorgung Geisteskranker zum Schutze ihrer selbst wie ihrer Umgebung, 2) Aufstellung administrativer oder gerichtlicher Bestimmungen zum Schutze ihrer bürgerlichen Rechte und Interessen, 3) Aufhebung derselben und Wiedereinsetzung in die bürgerlichen Rechte sofort nach vollständig erlangter Gesundheit, 4) gesetzliche Bestimmungen über Ueberwachung der Anstalten, auch der Armen- und Gemeindehäuser, worin Geisteskranke aufbewahrt werden.

Statuten des Hülfsvereines. Zahl der Vereinsmitglieder 1887 2541, Zahl der Sectionen 71, Beiträge 5240 Frcs. und an Geschenken 11,602 Frcs. Vereinsvermögen 70,875 Frcs. Verausgabt 6864 Frcs. Verzeichniss der Mitglieder.

13. Bericht des Zürcher Hülfsvereins für Geisteskranke über 1888. 8°. 27 S.

Revidirte Statuten. Bericht über die Leistungen im Einzelnen. Einnahmen 35,783, Ausgaben 3,416 Frcs. Zum Stand des Irrenwesens im Kanton Zürich von Dir. *Forel:* Statistik bewilligt, Anführung der Zählkarten, vorläufige Zählung: 3178 (1491 M. 1687 F.), davon in eigener Familie 1277, in fremder gratis 63, in fremder gegen Entschädigung 370, in Privatanstalten 342, in staatlichen 1010, in Armenhäusern 116. Bei 339,000 Seelen ca. 1 pCt. Die Ueberfüllung der Staatsanstalten dadurch erklärlich, kaum $^1/_3$ der Kranken darin.

In Folge dessen hat der Staat die Bengger'sche Fabrik in Wulflingen für Unruhige gekauft. Klage über die traurigen Verhältnisse der Privatanstalten, die meist in den Händen Ungebildeter sind. Eine Organisation des Irrenwesens im Kanton thut Noth. Verzeichniss der Mitglieder.

12. Statistik. Referent: Ullrich-Deggendorf.

***Raths*, Die Zahl der Geisteskranken in den Heil- und Pflegeanstalten des Deutschen Reiches, verglichen mit den Ergebnissen der letzten Volkszählungen.**

Mit der Volkszählung vom 1. December 1885 war eine Zählung der Geisteskranken nicht verbunden, weil ein verwerthbares Material nicht zu erwarten war. Auf zuverlässigen ärztlichen Angaben können nur die Angaben über Personen in öffentlichen oder privaten Anstalten beruhen. Am 1. Januar befanden sich in den Anstalten des Deutschen Reiches 21790 männliche und 20879 weibliche, zusammen 42669 Geisteskranke, davon auf öffentliche Anstalten 34576, auf private 8093, d. h. auf je 100000 Einw. etwa 91; ausserdem waren in allgemeinen Krankenhäusern 515 Männer und 719 Frauen (zus. 1234), sodass im Ganzen auf je 100 000 Einwohner 94 in Anstaltspflege befindliche Geisteskranke kommen. Im Verhältniss zur Bevölkerung hatten Hamburg und Lübeck die meisten Irren in Anstalten, demnächst Braunschweig, Sachsen, Mecklenburg, Elsass-Lothringen, Würtemberg. Innerhalb Preussens kamen die meisten Irrsinnigen nächst Berlin auf die Rheinprovinz, Hannover, Hessen-Nassau, Schleswig-Holstein, die wenigsten auf Posen, Ost- und Westpreussen. Ein Vergleich mit ausserdeutschen Staaten ergiebt, dass in Oesterreich und Italien weniger, dagegen u. a. in England, Frankreich, Belgien mehr Geisteskranke in Irrenanstalten untergebracht sind als in Deutschland.

Es kommen auf je 100 000 Einwohner

in England	Geisteskranke	in	Anstalten	268
in Belgien	-	-	-	157
in Frankreich	-	-	-	134
in den Niederlanden	-	-	-	119
in Deutschland	-	-	-	90
in Italien	-	-	-	61
in Norwegen	-	-	-	69
in Oesterreich	-	-	-	35.

In den erstgenannten Staaten muss also entweder die Zahl der Irren überhaupt oder, was wahrscheinlicher, der Procentsatz der in Anstalten Verbrachten grösser sein. Seit dem 1. Januar 1881 hat in Deutschland die Zunahme der in Anstaltspflege befindlichen Irren 8571 = 24,3 pCt., jährlich also 5 pCt. betragen, während die Zunahme der Bevölkerung jährlich nur 3,6 pCt. betrug. Die beträchtlichsten Fortschritte in der Irrenversorgung wurden in Würtemberg, Elsass-Lothringen und Preussen gemacht, und hier wiederum in Berlin, Rheinprovinz, Hessen-Nassau, Hannover, Westpreussen. Fast $^3/_4$ sämmtlicher Formen fiel auf „einfache Seelenstörung“ (fast 73 pCt.), 7,67 pCt. litt an Seelenstörung mit Epilepsie, 4,95 pCt. an Paralyse, 14,13 pCt. an Imbecillität, Idiotie und Cretinismus, 0,44 pCt.

an Säuferwahnsinn. Seit 1886 ist angewachsen: Paralyse um 38,5 pCt., Imbecillität, Idiotie und Cretinismus um 33,6 pCt., Säuferwahnsinn um 32,2 pCt., epileptische Seelenstörung um 15,3 pCt. Der Säuferwahnsinn brachte 1886 übrigens nur 189 in die Irrenanstalten, dagegen 888 in allgemeine Krankenhäuser. Ueber das Verhältniss aller Geisteskrankheiten zur Gesammtzahl der Einwohner im Allgemeinen fehlt es an zuverlässigen Angaben. Nach der Zählung von 1880 war in Preussen von je 400 Einwohnern 1 geisteskrank. Nimmt man dasselbe Verhältniss für andere Staaten an, so wären in Anstalten untergebracht: in England alle Geisteskranken, in Frankreich mehr als die Hälfte, in Deutschland mehr als ein Drittel, in Italien etwas mehr als ein Viertel, in Oesterreich nur etwa ein Siebentel. *S.*

Selbstmorde in Sachsen im Jahre 1888. — Statistisches Handbuch für das Königr. Sachsen.

Die Zahl der Selbstmorde betrug 1050 (gegen 1101 im Jahr 1887), darunter 802 M., 241 F. und 7 ohne Angabe des Geschlechts. 667 machten durch Erhängen ihrem Leben ein Ende, 199 durch Ertränken, 89 (darunter 2 F.) durch Erschiessen, 46 durch Vergiften. Dem Alter nach befanden sich bei den Selbstmördern 10 (6 Knaben und 4 Mädchen) im Alter bis zu 14 Jahren, 108 im Alter über 14 bis 21 Jahre, 152 bis zu 70 Jahren, 58 bis zu 80 und 8 bis zu 90 Jahren. 309 waren Ledige, 154 Verwittwete und 11 Geschiedene.

Als Ursache des Selbstmordes wurde u. a. ermittelt: in 241 Fällen Melancholie, 135 körperliche Leiden, als Folge unordentlichen Lebens und Trunksucht 96, Scham und Furcht vor Strafe 79. Die meisten Selbstmordfälle kamen in den Monaten Juni, Juli und August vor. *S.*

Inhalt.

Seite

1. Psychologie. Ref.: Fränkel-Dessau 3*

Psychologie 3*

Georg Friedrich, Die persönliche Kraft und ihre Bedeutung für die geistige und psychische Lebensthätigkeit des Menschen. *E. Belmondo*, Il sentimento religioso come fenomeno biologico e sociale. *Belmondo*, La fisiologia del Sistema nervoso e i fatti psichici. Rassegna critica. *Maudsley*, The double brain. *Max Dessoir*, Das Doppel-Ich. *Burnham*, Ph. D., Memory, historically and experimentally considered. *Putnam Jacoby*, M. D., The place for the study of Language in a Curriculum of Education.

Hypnotismus 7*

Der Hypnotismus, s. Bedeutung u. s. Handhabung, in kurzgefasster Darstellung von Dr. *August Forel*. Dr. *Franz Müller*, Ueber Hypnotismus und Suggestion, sowie deren therapeutische Anwendung in der ärztlichen Praxis. *J. Babinski*, Grand et petit Hypnotisme. Hypnotische Versuche an einer Hysterischen. Hypnotische Versuche. Hypnotism and Suggestion, and their Therapeutic Value. *v. Corval*, Zur Suggestiv-Therapie. Les dangers de l'hypnotisme. Dr. *Tarchini-Bonfanti*, L'ipnotismo nell' indagine nei processi penali. *S. N. Danillo*, Die therapeutische und gerichtlich-medicinische Bedeutung des Hypnotismus. *Tokarewski, A. A.*, Zur Frage der schädlichen Einwirkung des Hypnotismus.

2. Psychophysik. Ref.: Kraepelin-Dorpat 15*

Münsterberg, Beiträge zur experimentellen Psychologie. *Kirschmann*, Ueber die Helligkeitsempfindung im indirecten Sehen. *Müller, G. E.* und *Schumann, Fr.*, Ueber die psychologischen Grundlagen der Vergleichung gehobener Gewichte. *Ebbinghaus, E.*, Ueber den Grund der Abweichungen von dem *Weber*'schen Gesetze bei Lichtempfindungen. *Ejner*, Experimentelle Studien über den Zeitsinn. *Bertels*, Versuche über die Ablenkung der Aufmerksamkeit.

Seite

3. Gerichtliche Psychopathologie. Ref.: v. Krafft-Ebing-Wien 29*

Eisenhart, Welche sind die Ursachen der Ueberfüllung der öffentlichen Irrenanstalten und durch welche Mittel kann derselben abgeholfen werden? *Falk*, Noch einmal die Ministerialverfügung vom Januar 1888, betreffend die Aufnahme in Privatirrenanstalten. Discussion betreffs des Irrengesetzentwurfs im französischen Senat. *Christian*, Die Unzurechnungsfähigen vor dem Forum. *Tarchini Bonfanti*, Der Hypnotismus und das Criminalforum. *Moll*, Der Hypnotismus. *Laurent*, Simulation von Geisteskrankheit während 3jähriger Haft. *Marandon de Montyel*, Ueber Dissimulation von Geistesstörung. *Riedel, L.*, Ein Fall von Mania transitoria. *Spitzka*, Die Morde in Whitechapel. *Pelando*, Ueber Pornopathiker. *Roscioli* und *Grimaldi*, Gutachten über einen Mörder (Paranoia. Eifersuchtswahn.) *Mabille*, Gerichtliche Fälle. *Laugier*, Ein ungewöhnlicher Fall von Selbstmord Seitens einer Irrsinnigen. *Kratter*, Mittheilungen aus dem forensischen Institute zu Innsbruck. *Algeri*, Epilepsia larvata, Tödtung und Verwundungen. *Lauber*, Zurechnungsfähig oder nicht? *Villard*, Ein Paralytiker als Mörder. *v. Krafft-Ebing*, Gerichtsärztliche Gutachten. *Tolokonnikow, A. N.*, Hysterisches Irresein. *Greidenberg*, Gerichtlich-psychiatrische Beobachtungen. *Westeneng* und *Tellegen*, Fall von Brandstiftung.

4. Allgemeine Pathologie, Aetiologie und Therapie. Ref.: Schüle-Illenau 44*

Allgemeine Pathologie 44*

Garnier, P., Aphasie und Irresein. *Séglas, J.* et *Bezançon, P.*, Die antagonistischen Vorstellungen bei Geisteskranken. *Wagner, J.*, Ueber einige Erscheinungen im Bereiche des Centralnervensystems, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden. *Meyer, Ludwig*, Ueber Intentionspsychosen. *Deventer, van*, Herzkrankheiten bei Geisteskranken. *Köppen, Max*, Ueber Albuminurie und Propeptonurie bei Psychosen. *Rivano*, Acetonurie bei Geisteskranken. *Tanzi*, Thermoelektrische Untersuchungen über das Verhalten der Hirnrinde in Affecten. *Guicciardi* und *Petrazzani*, Die Localisation thermoregulatorischer Centren in den Streifenhügeln. *Faldella*, Paramyoclonus multiplex. *Jakowenko, W.*, Zur Localisationsfrage der Chorea.

Aetiologie 52*

Wagner, J., Neuralgie und Psychose. *Gucci, R.*, Chirurgische Operationen als Ursache geistiger Störung. *Dent, C. T.*, Geistesstörung nach chirurgischen Operationen.

Allgemeine Therapie 53*

Stedman, Henry R., Zulässigkeit der Ehe bei irre Gewesenen und Belasteten. *Mercklin, A.*, Ueber gynäkologische Behand-

Seite

lung bei Psychosen. *Petrazzani*, Die Wirkung von Nervinis auf den Hirnpuls. *Deventer, van*, Zur psychischen Behandlung Irrer.

5. Pathologische Anatomie. Ref.: Ripping-Düren . . 55*

Edinger, L., Ueber die Fortsetzung der hinteren Rückenmarkswurzeln zum Gehirn. *Nothnagel, H.*, Ueber Tumoren der Vierhügelregion. *Kny, Eugen*, Fall von isolirtem Tumor der Zirbeldrüse. *Oppenheim*, Ein Fall von Hirntumor. *Köster, H.*, Beitrag zur Kenntniss der feineren pathologischen Anatomie der Idiotie. *Huguenin*, Ueber Hirnödem. *Wallenberg, Adolf*, Veränderungen der nervösen Centralorgane in einem Falle von cerebraler Kinderlähmung. *Oppenheim, H.*, Ueber Poliomyelitis anterior chronica. *Hoven*, Beitrag zur Anatomie der cerebralen Kinderlähmung. *Cramer, Aug.*, Beginnende multiple Sklerose und acute Myelitis. *Nonne*, Anatomische Untersuchung eines Falles von Erkrankung motorischer und gemischter Nerven und vorderer Wurzeln bei Tabes dorsalis. *Ott, Isaak*, Wärmecentrum beim Menschen. *Paine, Frank Joseph*, Pathologische Anatomie und Pathologie des chronischen Alcoholismus. *Tuczek* und *Cramer, Aug.*, Ein Hydrocephalus ungewöhnlichen Umfanges. *Preisz, Hugo*, Histologische Untersuchung eines Falles von Pseudohypertrophie der Muskeln. *Foville, Achille*, Ueber die Veränderungen des Rückenmarks bei Geisteskranken. *Peli*, Sectionsbefunde bei 200 Geisteskranken, verglichen mit der gleichen Zahl psychisch Gesunder. *Baroncini*, Die Ependymgranulationen. *Morselli*, Das Hirngewicht in seinen Beziehungen zu den kraniometrischen Charakteren der Irren. *Cionini*, Die Dicke der Hirnrinde bei Dementia paralytica.

6. Specielle Pathologie und Therapie. Ref.: Pelman-Bonn 63*

Kiernan, Paranoia. *Woods*, Ueber einen Fall von inducirtem Irresein bei 5 Mitglieder einer Familie. *Maziere Courtenay*, Ein Fall von Fremdkörper im Oesophagus. *Pope*, Vier Fälle von Genesung von chronischer Geistesstörung. *Mc. Bride*, Ueber circulatorische und sensorische Störungen bei Neurasthenie. Ueber das Délire chronique. *Mairet*, Ueber Pubertätsirresein. *Mendel*, Die Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht. *Nolan, M. J.*, Ein Fall von Folie à deux. *Macpherson, J.*, Ein Fall von acuter Manie mit symmetrischer Gangrän der Zehen. *Buck, de*, Bericht über einen Fall von Neurasthenie traumatischen Ursprungs. *Dinter, Joh.*, Zwei Fälle von Einwirkung eines Gesichtserysipels auf bestehende Melancholie. *Peterson, Fr.*, Auszüge aus der Selbstbiographie eines Paranoischen. *Gorsky, Zenaide de*, Ueber puerperales Irresein. *Kaarsberg, F.*, Fall von Geisteskrankheit nach Amputatio uteri supravaginalis. *Guye*, Beiträge zur Aprosexia nasalis. *de Vries*, Autobiographie eines Hallucinanten. *Ventra*, Zwangshandlungen auf Grund von Zwangsvorstellungen. *Gucci*,

Seite

Ein Fall von Paranoia persecutoria. *Lailler*, Ueber die Ernährungsfrage bei der Behandlung der Geisteskranken. *Gordon*, Beitrag zur Wirkung des Paraldehyd. *Shick*, Ueber die physiologische Wirkung des Sulfonals. *Kisch*, Zur Casuistik der Sulfonalwirkung. *Loebl*, Unangenehme Wirkung des Sulfonals. *Garnier*, Ueber das Sulfonal. *Adam*, Ueber die Anwendung des Urethans als Hypnoticum bei Geisteskranken. *Ott*, Sulfonal. *Kronfeld* u. *Löwenthal*, Ueber die Wirkung des Sulfonals. *Titus*, M. D., Sulfonal. *Harriet, C. B. Alexander*, Sulfonal. *Funajoli* und *Raimondi*, Sulfonal als Hypnoticum. *Emerson, Justin E.*, Ueber unterschiedslosen Gebrauch von Bromsalzen bei Krankheiten des Nervensystems. *Drapes, Th.*, Hyoscin bei Geisteskrankheiten. *Klinke, O.*, Hyoscin bei Geisteskranken. *Ruland*, Hyoscinum muriaticum in der psychiatr. Praxis.

7. Paralyse und Geistesstörungen mit Syphilis. Ref.: Kirn-Freiburg 79*

Hansen, Zur Kenntniss der allgemeinen fortschreitenden Paralyse. *Greppin*, Casuistische Mittheilungen über die progressive Paralyse bei den Frauen. *Handford*, Fälle von allgemeiner Paralyse der Irren. *Ascher*, Beitrag zur Kenntniss des Verlaufs und der Aetiologie der allgemeinen Paralyse. *Leppmann*, Progressive Paralyse und peripheres Trauma. *Rottenbiller*, Temperaturbeobachtungen bei Paralytikern. *Gerlach*, Ueber Veränderungen der normalen galvanischen Erregbarkeit bei Dementia paralytica. *Boccolari* und *Borsari*, Ueber die elektrische Erregbarkeit bei der allgemeinen Paralyse der Irren. *Wendt*, Ein Fall von Dementia paralytica mit Uebergang in Genesung. *Marandon de Montyel*, Mordversuche im Prodromalstadium der allgemeinen Paralyse. *Baillarger*, Soll man in der Classification der Geisteskrankheiten der allgemeinen Pseudoparalyse einen besonderen Platz anweisen? *Rey*, Erscheinungen der allgemeinen Paralyse bei einem Alkoholiker. Keine Läsion der Paralyse bei der Autopsie. *Buchholz*, Syphilis und Paralyse. *Ramadier* und *Baruzer*, Gehirnsyphilis bei einem erblich Entarteten mit anatomischem Befunde. *Fischer, E.*, Gehirnsyphilis. *Eskridge*, Fälle von Gehirnsyphilis. *Gowers*, Ueber Syphilis und das Nervensystem.

8. Epilepsie, Hysterie, moralisches Irresein. Ref.: Stark-Stephansfeld 98*

Rivano, Die Phosphorsäureausscheidung durch den Urin bei Epileptikern. *Gauster*, Die Bromtherapie bei Epilepsie. *Andree* u. *Knoblauch*, Ueber einen Fall von Hystero-Epilepsie beim Manne. *Rosenbach*, Zur Frage über „die epileptogene Eigenschaft" des hinteren Hirnrindengebietes. *Baracz v., Roman*, Vier Fälle von Continuitätsunterbindung der Arteriae vertebrales bei Epilepsie. *Krakauer*, Ueber Heilung eines Falles von hysterischer Taubheit durch Hypnose. *Dehio*, Singultus als Reflexneurose. *Eulenburg*, Ueber Athetose. *Kleudgen*,

Seite

Ueber das sogenannte moralische Irresein (Moral insanity). *Schlöss*, Ueber die Lehre vom moralischen Irrsinn. *Sighicelli* und *Tambroni*, Moralisches Irresein und Epilepsie. *Verga*, Zur Geschichte und Theorie des moralischen Irreseins.

9. Delirium acutum. Alcoholismus. Toxische Psychosen und Neurosen. Ref.: Jehn-Merzig 106*

Delirium acutum 106*

Vacat.

Alcoholismus 106*

Gauster, Zur Frage der Trinkerasyle. *Crothers*, Ueber die Verantworlichkeit bei der Trunksucht. *Wagner, J.*, Vermeintliches Alkoholdelirium, Diabetes insipidus, Salicylsäurevergiftung. *Erlicki, A.*, Die Alkoholparalyse.

Toxische Psychosen und Neurosen 113*

Christian, Heilung eines Falles von Morphinismus durch plötzliche Entziehung. *Tuczek*, Schwere Antipyrinvergiftung bei einem Kinde (Antipyrinepilepsie).

Lyssa 116*

Laufenauer, Ueber Lyssa humana.

10. Idiotie und Cretinismus. Ref.: Wildermuth-Stuttgart 118*

Pilliet, A., Doppelseitiger Klumpfuss und sonstige zahlreiche Missbildungen. *Chambard, Ernest*, Hautaffectionen bei einem Schwachsinnigen. *Bruck, Franz*, Ueber einen Fall von congenitaler Makroglossie etc. *Camuset-Bonneval*, Idiotie mit Pachydermie mit Kachexie. *Fletcher Beach*, Hirnkrankheiten bei Imbecillen. *Osler, W.*, Idiotie und Schwachsinn in Beziehung zur Kinderlähmung. *Tuczek* und *Cramer, A.*, Ein Hydrocephalus ungewöhnlichen Umfangs. *Köster*, Ein Beitrag zur Kenntniss der feineren pathologischen Anatomie der Idiotie. *Marchand*, Beschreibung dreier Mikrocephalengehirne nebst Vorstudien zur Anatomie der Mikrocephalie. *Jensen*, Ein Fall von enormem Hydrops des unteren und linken Horns bei einem Idioten. *Tomaschevski*, Zur Frage über die Veränderung in der Hirnrinde in einem Fall von in früher Kindheit erworbener Blind- und Taubheit. Zur Bedeutung verschiedener Missbildungen der Ohrmuschel als Degenerationszeichen. *Binder*, Das *Morel*'sche Ohr. *Schwalbe*, Das *Darwin*'sche Spitzohr. *Chiarugi*, Il tuberculo di *Darwin* nell' orechio umano. *Metzger*, Zur Frage der Degenerationszeichen. Langenhagen. Marsberg. Mariaberg. Hephata.

Seite

11. Anstaltswesen. Ref.: Laehr-Schweizerhof 127*

Hospital Martyrologe de la psychiatrie. *Hack Tuke*, Boarding out of Pauper Lunatics in Scotland. Düren. Merzig. Hildesheim. Schleswig. Bunzlau. Eichberg. Neustadt. Schwetz. Friedrichsberg. Frankfurt a. M. Stephansfeld-Hördt. Saargemünd. Marienthal. Marsberg. Bethesda. Breslau. Potsdam. Sachsenberg. Roda. Wehnen. München. Brünn. Niedernhart. Feldhof. Pergine. Stenjevec. Basel. Burghölzli. St. Urban. St. Pirminsberg. Waldau. Préfargier. Riga. Utrecht. Meerenberg. *J. C. Howden*, Description of the New Hospital at the Montrose Royal Lunatic As. Crichton Royal Institution. Buffalo. *M. Sandwith*, The Cairo Lun. As. *Ramaer* und *van Capelle*, Die holländische Staats-Inspection des Irrenwesens im Jahre 1886. *Ginsburg-Schik*, Bericht über die Irrenanstalt zu Cherson für das J. 1887. *Sinani, B.*, Bericht über die Kolmow'sche Irrenanstalt des Gouvern. Nowgorod vom 1. Nov. 1887 bis 1. Nov. 1888. *Kossakowski, W.*, Bericht über die Irrenabtheilung in Kischinew, Gouvern. Bessarabien vom 1. Nov. 1887 bis 1888. *Ginsburg-Schik*, Bericht über die Cherson'sche Gouvernements-Irrenanstalt des Landstandes für das J. 1888. *Tschisch, W.*, Jahresbericht über die St. Petersburger Pflegeanstalt des heil. Pantelejmon für das J. 1887. *Litwinoff, M. P.*, Bericht über die Thätigkeit der Irrencolonie Butascheff im Twer'schen Gouvernement. *v. Rothe*, Dr. *A. J.*, Jahresbericht über die Warschauer Irrenanstalt des heiligen Johannes a Deo für das Jahr 1887. *Tschetschot, O. A.*, Die Irrenpflege in St. Petersburg. *Gowsejew, A. A.*, Die Grundlagen der Behandlung und Verpflegung Geisteskranken in den Irrenabtheilungen der Gouvernements-Krankenhäuser. *Steinberg, S. J.*, Die ausländischen Irrenanstalten. Düsseldorf. Bericht der Verwaltung der Unterstützungskasse der Hessischen Landes-Irrenanstalten. Luzern. Zürich.

12. Statistik. Ref.: Ullrich-Deggendorf 154*

Raths, Die Zahl der Geisteskranken in den Heil- und Pflegeanstalten des Deutschen Reiches, verglichen mit den Ergebnissen der letzten Volkszählungen. Selbstmorde in Sachsen im Jahre 1888.